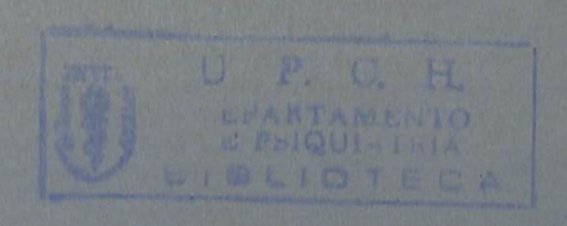



# *Revista Psiquiátrica Peruana*

*Organo de la Asociación Psiquiátrica Peruana*




*Volumen 3* *Número 3-4*

*Diciembre, 1960*

# Instrucciones a los Autores

La Revista recibirá artículos de autores nacionales o extranjeros. Los trabajos, que deben ser originales e inéditos, se enviarán al Director, publicándose previa aprobación de la Comisión Editorial, la que podrá introducir las modificaciones que sean necesarias para mantener uniformidad en el estilo. También se publicarán artículos especiales, revisiones de conjunto y casos clínicos. No se devolverá ningún original aceptado para publicarlo, aconsejándose a los autores retener una copia de su trabajo.

El autor debe escribir su nombre completo, con los títulos que posea, el cargo que desempaña, si lo tiene, y consignar el lugar donde ha realizado el trabajo. Al final del artículo anotará su dirección completa y la fecha de remisión. Cuando envíe una colaboración por primera vez, incluirá una breve nota biográfica, mencionando sus aportaciones a la literatura psiquiátrica.

El título del artículo debe ser lo más corto posible y los datos adicionales serán completados mediante un subtítulo. Los originales serán escritos a máquina, en doble o triple espacio, con márgenes anchos a ambos lados y sin enmiendas. El texto será de preferencia breve y se sujetará a las normas usuales para la redacción de artículos científicos, constando —cuando sea posible— de introducción, material y métodos, resultados, comentario o discusión, conclusiones, sumario y bibliografía. Las fotografías deben enviarse en papel lustroso, cuando menos de 9 × 12 cms., los dibujos o esquemas irán en tinta china, con caracteres tipográficos, a rasgos gruesos, en papel marquilla. Todas las ilustraciones serán adheridas por un extremo con goma o pasta a una hoja de papel, con la leyenda respectiva. Detrás de cada ilustración deberá anotarse, con lápiz negro, a trazos suaves, el nombre del autor y el título del trabajo.

La bibliografía se hará numerando correlativamente las citas, ajustándose al sistema utilizado por el Quarterly Cummulative Index Medicus (Amer. Med. Ass.). En caso de artículos será como sigue:

Kepecs, J. G.: Ambiguity and Repression. Arch. Neurol. & Psychiat. 80: 502-512, 1958.

Tratándose de libros, se citará así:

Reiss, M.: Psycho-Endocrinology, New York, Pub. Grune & Stratton, 1958.

Los autores que deseen separatas de sus trabajos las contratarán directamente al impresor.

## SUBSCRIPCION Y CANJE

La Revista se publica trimestralmente. La subscripción anual vale seis dólares (U. S. $. 6.00). Los pedidos de subscripción o canje deberán ser dirigidos al Administrador. La Asociación acepta el canje de la Revista Psiquiátrica Peruana con publicaciones psiquiátricas, neuro-psiquiátricas, psicológicas, psicoanalíticas, antropológicas y sociológicas.

## PROPAGANDA

Los anuncios de propaganda y su financiación están a cargo del Administrador de la Revista.


U. P. C. H.
DEPARTAMENTO
DE PSIQUIATRIA
BIBLIOTECA

# PRESENTAMOS SIQUIL

Triflupromazina Squibb

## UN ESTABILIZADOR PSIQUICO POTENTE, DE EXTRAORDINARIA INOCUIDAD

**DA ESTABILIDAD A UN MAYOR NUMERO DE PACIENTES CON AGITACION SIN OCASIONAR NERVIOSIDAD O LETARGO • PERMITE INSTITUIR EN EL HOGAR EL TRATAMIENTO QUE ANTES HABRIA REQUERIDO LA HOSPITALIZACION** SIQUIL es una droga nueva, notablemente inocua, para el tratamiento de los enfermos con agitación; es más potente y fácil de administrar que la clorpromazina. A diferencia de los otros derivados de la fenotiazina, SIQUIL no produce sedación o excitación excesivas, ictericia, lesión hepática o convulsiones. La aparición de erupciones cutáneas, fotosensibilidad e hipertermia es rara.

"...efecto beneficioso mucho mayor sobre ciertas manifestaciones psicóticas como los delirios y alucinaciones y la excitación patológica"*

"...mucho más benigna en la producción de efectos colaterales que la..." clorpromazina, promazina, mepazina, proclorperazina y perfenazina.*

Suministración: tabletas de 10 mg., frascos de 50; tabletas de 25 y 50 mg., frascos de 25 y 50. Para uso parenteral: solución que contiene 20 mg./c.c., frascos de 5 c.c.

*Goldman, D.: Am. J. M. Sc. 235:67, 1958.

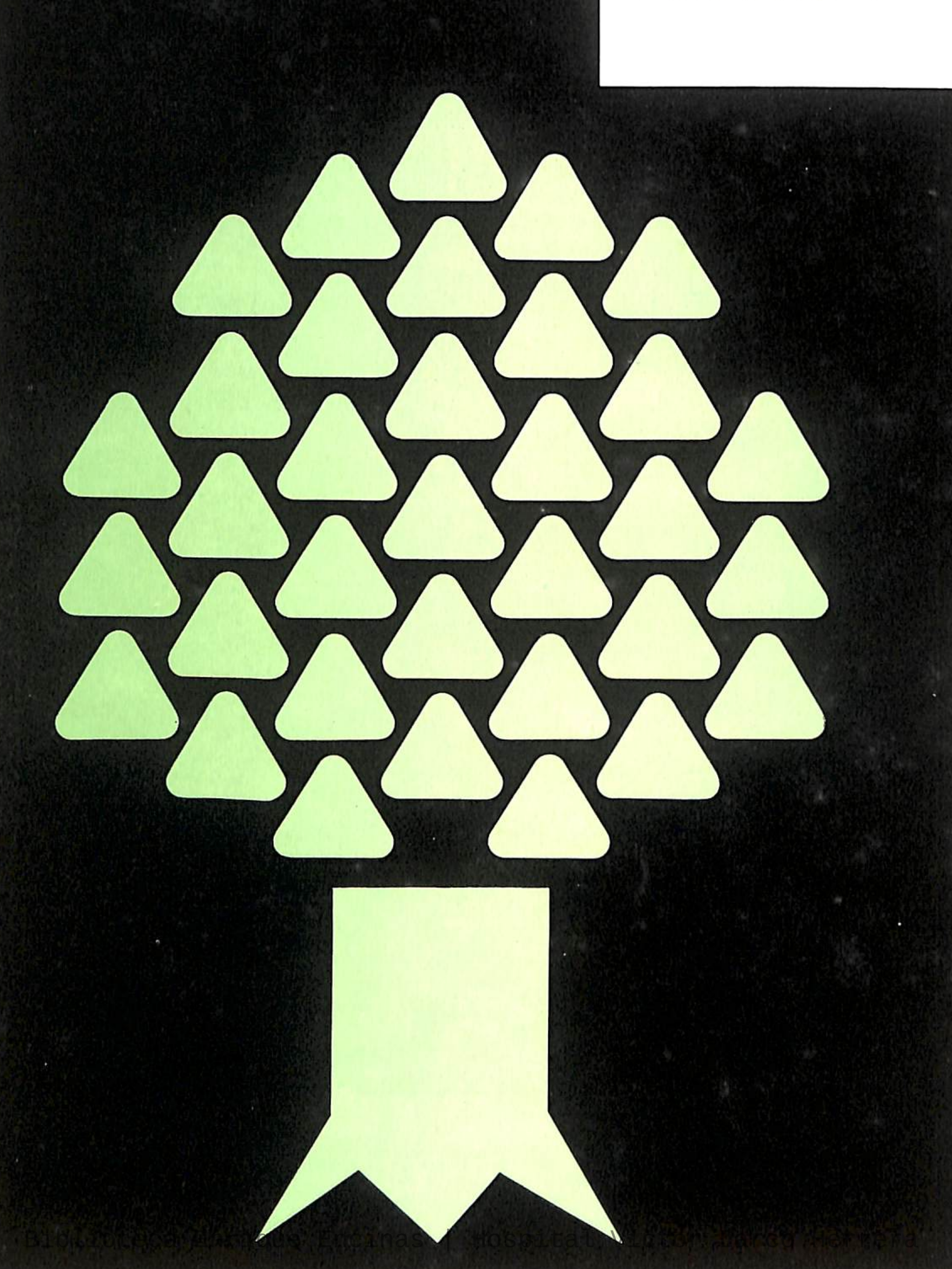
ZONA DE ESTABILIDAD

SQUIBB 

UN SIGLO DE EXPERIENCIA INSPIRA CONFIANZA

*SIQUIL* ES UNA MARCA DE FABRICA

# FOSELITE-B
# FOSELITE-C



# FOSELITE-B

**Tónicos y roborantes fisiológicos de acción no seguida de fase depresiva**

**La acción de Foselite se manifiest a nivel de los procesos de direcc enzímica de la nutrición y permite una asimilación mejor de los carbo dratos. Por un lado, favorece la fo mación de reservas de glicógen por otro, regula la utilización de é durante los esfuerzos sostenidos. Para tratar un estado de fatiga an todo corporal, se dará la preferen a Foselite-C, mientras que se empl Foselite-B siempre que predomin los síntomas nerviosos.**

# FOSELITE-C

Las indicaciones del tratamiento a base de Foselite comprenden todos los estados en que conviene estimular los procesos metabólicos naturales, transitoriamente debilitados o insuficientes. Las posibilidades de aplicación se extienden, por lo tanto, a un dominio muy vasto, no limitado en absoluto, dada la falta de toxicidad de los preparados de Foselite. Prácticamente, tales posibilidades se extienden desde la caquexia avanzada de los enfermos crónicos graves hasta la utilización en personas sanas que ante particulares esfuerzos físicos o intelectuales recurren con gran provecho a los preparados Foselite-B o Foselite-C.

**FOSELITE-B**

**Grageas 50**
**Ampollas 10**
**Sal sódica del ácido α-oxibencil-fosfínico + vitamina $B_1$**

**FOSELITE-C**

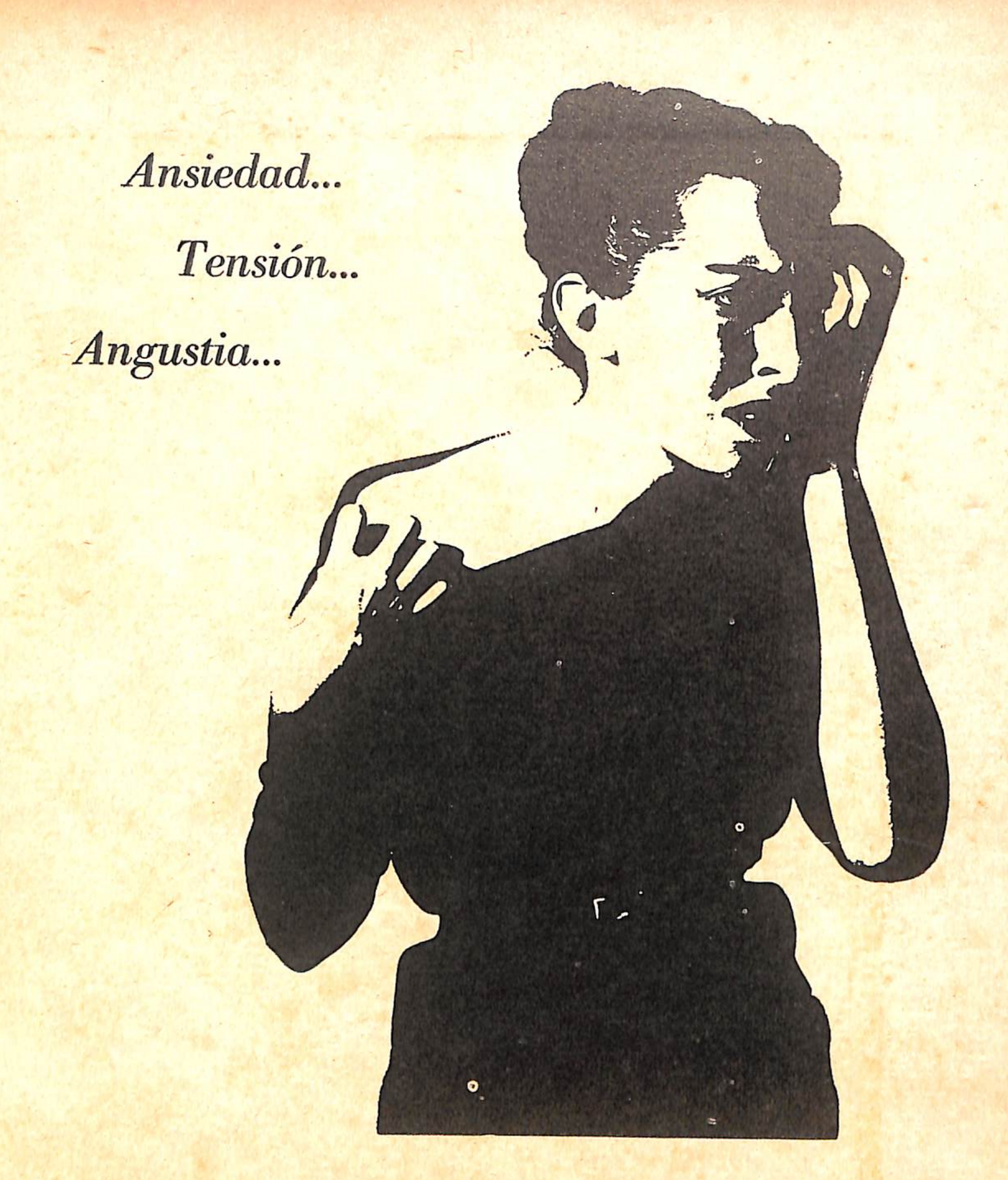
**Grageas 50**
**Ampollas 10**
**Sal sódica del ácido α-oxibencil-fosfínico + vitamina C**

Representantes para el Perú:
**ARNOLD DÜNNER S. A., LIMA**
Casilla 3987




**SIEGFRIED Sociedad Anónima**
**Zofingen (Suiza)**

9849/476 r




# QUIETARAX

ROUSSEL

Frasco de 20 comprimidos.

**LABORATORIOS ROUSSEL PERU S. A.**

**Av. Bolívar 795 - Pueblo Libre - Lima - Tel. 47620**

*Nuevo!*

*en la vejez prematura*

# GRESUTON

Padutina + Reserpina + Teofilina + Vit. B1 + B12 + A + E + Levadura de cerveza

## Para la profilaxis y tratamiento de las alteraciones de la vejez.

Regulación armónica de los trastornos vasculares por medio de la hormona circulatoria Padutina en asociación con Reserpina y Teofilina.

Por las vitaminas A y E se favorece el metabolismo lípido. El complejo de vitamina B, conjuntamente con la levadura de cerveza, favorecen el metabolismo de los procesos regenerativos.

Como profiláctico : 1-2 cáp. al día
Como terapéutico : 3-4 cáp. al día
Fcos. con 20 cáp.




»Bayer« Leverkusen

SOCOLAN S. A.

Avda. Bolivar Nº 165
(Cuadra 15 Avda. Brasil)
Telefono 44460
LIMA - PERU




U.P.C.H. - BIBLIOTECA




# PSICO-HIGIENE DE LA EDAD

Por WALTER VON BAEYER *

Es para mí una exigencia hondamente sentida agradecer al Presidente de vuestra Sociedad, a nuestro egregio y querido Prof. Hans Hoff, por su tan honrosa y amable invitación para hablar, en el aniversario de la fundación de vuestra Sociedad, sobre un tema de suyo elegido. Acepto esta solicitud con la mayor satisfacción, pero embargado un tanto por sentimientos angustiosos. Pues me hago clara conciencia del alto compromiso que ha recaído en mi persona, puesto que es una proeza hablar aquí, en Viena, en este centro de investigación psicohigiénica, en esta Clínica de ilustre tradición, sobre cuestiones de asistencia de salud mental.

Permitidme comenzar con algunos pensamientos que se me han ocurrido en el tráfago con cuestiones psicohigiénicas. En la vida resulta siempre evidente que uno se encuentra más avisado respecto de lo impertinente y confuso que de lo pertinente y correcto. Lo perturbante surge con más fuerza que lo sano; se está más fácilmente acorde respecto de los errores que de la imagen primordial positiva. Así vemos, por ejemplo, en diferentes sistemas comerciales y sociales amplia conformidad en aquellos hechos que, de modo general, se llaman en el mundo ratería (DIEBSTAHL), pero, de ninguna manera existe unanimidad en el criterio correcto de lo que se entiende por propiedad. Cosa semejante resulta, en principio, al establecer con nuestros esfuerzos una imagen primordial positiva de salud mental frente a las variadas formas, fácilmente perceptibles de anormalidad psíquica. La salud mental, la "Mental Health", no es ningún estado de ánimo determinable ni mucho menos, lo cual sucede indubitablemente en cualquier parte, la simple ausencia de enfermedad psíquica aprehensible, ni tampoco el promedio, en un sentido estadístico. La salud psíquica es una imagen inductiva (LEITBILD), una misión, o, en el lenguaje filosófico, una idea. Sin la conciencia madura de la idea "Mental Health", para cumplir una misión, para servir a una idea, no se habría mantenido la Psicohigiene en el estrecho campo de la previsión de la enfermedad psiquiátrica, para plantear luego cuestiones que hacen aparecer, desde el punto de vista psiquiátrico, cuestionable y dudosa la habitual tendencia del hombre normal; cuestiones, por ejemplo, sobre educación in-

---

* Director de la Clínica Universitaria de Neurología y Psiquiatría, Heidelberg.

fantil, de las relaciones humanas en la actividad, etc. ¿De qué modo se nos presenta ahora en la mente la idea de la salud psíquica? Pienso que sólo se la puede determinar aproximadamente, en la limitación, hacia arriba y hacia abajo, de un territorio de orientación espiritual. Hacia abajo: frente a tendencias de perfección técnica de disciplinas particulares que tienen que ver con el trato y experiencia del hombre; frente al especialismo del psiquiatra, del pedagogo, asistentes, empleados de administración, etc. Hacia arriba: frente a las orientaciones e interpretaciones de la fe, de la filosofía, de la cosmovisión. Nosotros buscamos la unificadora idea de Salud Mental en un territorio medio de la responsabilidad humana, de cuya especificidad nosotros también procedemos, de cuya fe particular también dependemos. El humanismo sano tiene que reparar en este dominio, de modo que puedan encontrar aplicación en él los conceptos de humanidad, libertad, tolerancia, responsabilidad de sí, dominio de sí, sentido común. Unos ven más la salud en las actividades sociales, otros más individualmente en el despliegue de la personalidad. En todo caso, existe todo un espectro de valores estrechamente vinculados entre sí, pero histórica y culturalmente cada cual acentuado de modo diferente; valores que se nos presentan como garantías de la salud psíquica.

La salud mental, la "Mental Health", no puede, en mi opinión, ser definida por una precaria fórmula de unidad, como "good human relations" (como de "buenas relaciones humanas"). El espectro Valores-Salud-Mental ha cobrado validez y actualidad palpitante en un mundo que ha llegado a su mayoría de edad y que se emancipa cada vez más de la tutela autoritaria. ¡Cuán significativo y conmovedor resulta, ciertamente, que, un teólogo y moderno mártir cristiano como DIETRICH BONHOEFFER, en el cautiverio de los tiranos, haya fijado claramente el derecho de propiedad y el estatuto de los valores inalienables de un tal mundo que ha alcanzado la mayor edad! Nosotros sabemos todos que la concepción intramundana de los valores de la "Mental Health", su territorio de validez humana media, no está encauzada hacia las elevadas y trascendentales expectativas de salud y formas de vida. El trabajo práctico de la "Mental Health" sufre muchas resistencias que dependen de las diferentes concepciones religiosas y del mundo y, a veces también, de las diferentes concepciones políticas. Pienso, en parte, en las diversas ideas que conciernen a lo permitido y reglamentado en el dominio de las relaciones sexuales. Pero semejante diferencia no pone en cuestión la solución y constancia relativas de los valores humanos de la "Mental Health", y hasta ahora, no ha sido capaz también de poner seriamente en peligro el trabajo práctico de conjunto (social), de numerosos individuos y naciones en la asistencia de la salud mental.

Si consideramos la idea de la salud psíquica como un abigarrado espectro de valores humanos, es que vemos también fácilmente que estos valores, según sea la situación humana total en la cual encuentran aplicación, deben estar acentuados de diferente manera. Esto vale para ambos sexos, para los diferentes pueblos y estratos culturales, pero particularmente, para las diferentes edades. De un recién nacido no podemos pedir ningún sentido de res-

ponsabilidad, es decir, ninguna realización de valores, tanto menos de las circunstancias de su crecimiento. En un púber o adolescente exigiremos nosotros, con respecto a la tolerancia y dominio de sí, demandas diferentes que en un adulto maduro. Para un anciano, la salud psíquica significa sin duda algo diferente que para un aspirante hombre joven.

Con esto he llegado ya a mi propio tema. En lo que sigue, vamos a tratar de la Psico-Higiene de la edad, apenas es necesario hacerlo notar que esto sólo puede hacerse sumaria e incompletamente. Pues no hay cuestión psicohigiénica especial única, que al mismo tiempo no sea también una cuestión de compromiso y de riesgo de la existencia, de determinada época de la vida. Pero no queremos que a tanto abarque nuestra tarea. Esta, sólo deberá llegar a tales cuestiones de la existencia, a fin de discutir algunos puntos de vista que se ofrecen, si se sigue la línea de vida del hombre, desde la temprana infancia hasta la vejez, según los riesgos específicos de la edad de su salud psíquica, para esclarecer las actividades, las respectivas medidas de previsión y asistencia.

De inmediato y al primer golpe de vista distinguimos una mera psicohigiene, es decir, una higiene del alma, desde el punto de vista de la existencia corporal del hombre, nada puede ofrecer. Física y corporalmente ha venido al hombre al mundo, crece somáticamente, madura, se reproduce y muere. No se puede hacer abstracción de la naturaleza corporal del hombre si se debe comprender correctamente su destino anímico-social. Que esto es así, aparece claramente en los particulares períodos de peligro de la primera y segunda infancia, pero también en aquellos períodos de la pubertad, del climaterio, de la ancianidad, períodos que siempre implican en sí, procesos de metamorfosis corporales de gran estilo. La moderna biología (PORTMANN) aconseja comparar al hombre recién nacido a un polluelo que viene al mundo como una especie de aborto fisiológico y que debe recuperar el desarrollo embriológico retrasado "en una atmósfera de intensa comunidad humana", como expresa el filósofo suizo WILHELM KELLER. No es posible desconocer que, con el cese precoz del enclaustramiento intrauterino, con el abandono prematuro del palacio de la naturaleza en circunstancias de urgente ayuda, de pobreza instintiva y al mismo tiempo plásticas, sea posible a la esencia del hombre la verdadera maduración y que ésta se perfeccione en la vida de comunidad. Pero la misma incapacidad del recién nacido trae consigo también el ahorro de grandes peligros a la vida animal. La experiencia con recién nacidos que tiene que ver con la higiene corporal en asilos garantizados, que no sólo debe proporcionar el cuidado material, sino muy especialmente también una dedicación personal y trato amorosos de parte del personal de asistencia, muestra, como en experimento, que el hombre, nacido incapacitado, no sólo necesita calor físico, alimentación, limpieza, sino también una dosis de calor emocional y comprensión amorosa, como lo mejor que dispensa la madre natural. En ausencia completa de un trato cálidamente afectivo, tiernamente espiritual, surgen, a despecho de la inobjetable asistencia higiénico-corporal, desde esas temibles formas de hospitalismo hasta los más

serios achaques corporales que se conocen desde hace tiempo, pero que sólo en la época actual han sido dadas a conocer por RENÉ SPITZ y col., como consecuencias de una subnutrición y subenfriamiento espirituales. Alli donde el hospitalismo del recién nacido no lleva hasta la depauperación corporal, deja a menudo huellas suficientes bajo la forma de un retraso motor, lingüístico, afectivo e intelectual, así como inhibición de la capacidad de contacto interhumano. Aun no ha sido investigado hasta qué punto tales deficiencias tempranas en el cuidado espiritual se compensan en los años posteriores. Una pertinente dosis de capacidad compensatoria deberá aceptarse en el niño mayorcito. Aquí, en la previsión del hospitalismo condicionado anímicamente, por consiguiente, ya en el recién nacido, comienzan las tareas de la psicohigiene, mejor dicho, el cuidado para la formación y educación mediante éstas, del personal de asistencia, que tiene que ofrecer los primeros cuidados a los niños huérfanos desde temprano, a fin de no olvidar también la respectiva enseñanza de la madre corporal.

Si en las primeras etapas de relación del recién nacido, del individuo con el mundo, particularmente con la madre, hay una primitiva, por decirlo así, simbiótica relación, es que se desarrolla sobre la etapa temprana infantil el momento personal, inaugurado en la relación yo-tú, que aparece ya en las primeras sonrisas del recién nacido y también en las llamadas rarezas que aparecen a la negativa de una primera intimidad con los gestos del personal de asistencia. En el curso del desarrollo infantil se hace cada vez más ostensible, que la madurez humana no es ningún suceso natural puro, ningún desarrollo constante de potencias congénitas como el crecimiento vegetal y animal, sino que al mismo tiempo hay en cada etapa un cumplimiento de tareas y un anticipador tender hacia lo nuevo, hacia lo venidero. La cultura fija primero tareas sencillas, como el desacostumbramiento al pecho maternal y el acostumbramiento al biberón, a la cuchara, al hábito de limpieza; luego, tareas progresivamente más complicadas. Pero no es la cultura impersonal la que fija tales tareas, sino el adulto en persona, la madre, el padre, el maestro, los hermanos, los compañeros de juego y de escuela. Ante las demandas, responde, se anticipa, en parte, la siempre distintiva personalidad del niño que se orienta y encauza con las enseñanzas, pero también tiene la facultad de oponer resistencia protestando, desarrollar el amor propio, valorarse frente al medio. El niño se proyecta en el futuro, quiere llegar a ser grande, aspira a ser adulto, pero también puede ya desde temprano decir *no*, al llegar-a-ser-adulto, retroceder, querer permanecer pequeño y dependiente. El radio de acción de la libertad se abre y se ensancha. Hoy se sabe suficientemente que la preparación social y psicohigiénica del niño, no continúa sino a empujones, prosigue muchas veces a saltos. Seguir por separado estos pasos y saltos, no nos es posible aquí. Recuérdese sólo la penetrante investigación de S. FREUD, al fijar una ley fásica del desarrollo del instinto pregenital y genital en relación con el comportamiento interhumano-familiar y señálese finalmente el muy interesante desarrollo de la doctrina fásica freudiana en el libro de ERIK ERISON "Infancia y Sociedad".

ERIKSON distingue desde la niñez y pubertad y por encima de ellas estima fases de maduración humana que culminan en la plena "integridad-del-yo". Estas etapas de desarrollo vital son conceptuadas allí por él mismo, como de transición, donde se funden biológicamente como "estadios de prueba"; es decir, no meramente como producto de psicología instintiva o como simple producto de reacción, sino como tareas humanas de conjunto, a las que el hombre se dedica con libertad creciente, pero que puede también quebrantarlas. La solución de las tareas de maduración e integridad humanas se ha puesto en cuestión desde temprano por fallas de una intimidad original, adquirida en una muy temprana fase oral, pero es puesta también en peligro, de etapa en etapa, por el retroceso hacia modos de comportamiento y de afecto infantiles. Originalmente remonta también hasta FREUD el importante conocimiento, aunque en muchos aspectos modificado desde entonces, que una no-superación como siempre condicionada, de las etapas de maduración infantil, llega a ser en el fondo trastornos neuróticos variados y deficientes desarrollos caracterológicos. El libro de ECKHARD WIESENHÜTTER: "Desarrollo, Maduración y Neurosis" ("Entwicklung, Reifung und Neurose"), contiene una exposición desde la época más temprana y conduce, en las neurosis juveniles e infantiles típicas, a la convincente y consecuente idea de etapas de maduración no completadas en el proceso de maduración humana, sin atenerse a la división esquemática de períodos y a modos de consideración naturalista unilaterales. "Las neurosis son —concluye WIESENHÜTTER— indicadores y señuelos de etapas de maduración compensatorias y aún por completarse, en el tránsito del encuentro de sí mismo, de la autonomía, del avance hacia la personalidad bien dotada dentro de una comunidad supraindividual". Los períodos de transición de una fase a otra de desarrollo son típicamente riesgosos. Así aparece el tartamudeo infantil más o menos desde los 4 años de edad, después el cese de la primera fase de obstinación en el paso irrefrenable hacia una conducta más reflexiva, más afirmativa y más volitiva del niño, en donde puede configurarse cada cual, de modo muy diferente, las condiciones biológicas, psicogenéticas y sociogenéticas. La pubertad, como época particularmente peligrosa, es la fase de transición más llamativa y más conocida desde antaño.

La tarea psicohigiénica de previsión de las neurosis infantiles y desarrollos caracterológicos deficientes, en la cual tienen que participar los padres, maestros, directores de hospicio, los organismos de asistencia, los conductores de la juventud, los psicólogos y médicos, es conocida hoy en su gran significación y, a través de organizaciones especiales, se ha llevado a cabo en muchos lugares. Puede ser fomentada por una familiaridad creciente con los conocimientos de una dinámica y penetrante ciencia del hombre, del pensamiento evolutivo, y mediante el concepto de las fases.

Pero la comprensión plena del desarrollo y maduración humanos, del avance hacia la plenitud de la vida, depende igualmente de la indagación en los sucesos temporales, en el cambio profundo de las formas de vida que confiere a nuestra época su rasgo característico. Es decir, no se trata sola-

mente de que las peligrosas variaciones de la técnica, de las diversiones, de las relaciones sociales y políticas perturben los sentimientos infantiles y dificulten la educación. Las grandes oscilaciones de las relaciones generales, del espíritu de la época, toman raíces mucho más profundas, ellas comprometen la personalidad del niño en total, influyen las relaciones recíprocas de las generaciones y de los sexos, intervienen poderosamente en las fases formativas del desarrollo orgánico que, biológica y naturalmente no se han determinado plenamente, y se mantienen abiertas a la influencia del espíritu individual y colectivo.

Sobre esto ha llamado la atención, especialmente en los últimos tiempos y en los países de habla alemana, el trabajo apenas conocido del psiquiatra holandés VAN DEN BERG, titulado: "Metablética, o la doctrina de las variaciones". VAN DEN BERG describe en forma impresionante el abismo que se fragua hoy, en la época de la industrialización y burocratización, entre el mundo del niño y el del adulto. Es ese un abismo que, como puede demostrarse históricamente, ya comenzó a hacerse evidente desde principios del siglo pasado, de modo que se concedía al ser del niño una dignidad y una peculiaridad que no se le otorgaba en la conciencia de épocas más tempranas. En el aspecto negativo, el abismo se muestra hoy más y más en las dificultades que encuentran los jóvenes para plantear su futuro, el futuro de un hombre adulto, futuro siempre desconocido e imprevisible, siempre enigmático y amorfo, que apenas se caracteriza por una valiosa tradición. A esto se aplica el dictamen de HOFF y SPIEL, que el 32% de los escolares interrogados en Viena, no podían decir la ocupación de sus padres. Aun la aspiración hacia el futuro pre-vivida por el padre, el identificarse con claros y buenos modelos se halla muy entorpecida, defecto, que no es solamente una fealdad, sino que dificulta seriamente el desarrollo psico-social, muchos de los niños y jóvenes de hoy, inmaduros, irresponsables e infantiles en cierto modo, dejan entrever que no conocen a la generación anterior. Muy sugestiva, en este respecto, es la observación que ha hecho HOFF en sus conferencias de clausura de las actividades anuales de estos años de la WFMH, sobre el carácter existencialista de la época por semejantes procesos de identificación. Las identificaciones como orientación en los modelos echan raíces en su presenticidad actual, en lo pasado legado (tradierten) y avanzan al mismo tiempo como proyecto en lo futuro. Ellas se tornan precarias cuando se ha interrumpido la relación con lo pasado, ya que el futuro resulta irrepresentable. Mas éste es hoy, no sólo el destino de los que dejan la patria, sino en gran parte, característica también de una época, en sí, rápidamente cambiante y que se sabe amenazada en su cambio.

El proceso de crecimiento, como proceso de responsabilidad de sí y de maduración, se ha vuelto problemático en las clases mayores a las cuales, desde antaño, se les ha exigido y concedido como norma un comportamiento de suyo planificado. En este respecto es digno observar que hoy se ha discutido seriamente una ampliación de la plena capacidad penal por encima de los límites actuales hasta los 27 años. No creo estar equivocado al tratar de

encontrar una relación con esta detención de la maduración anímica de la juventud, que a menudo corre parejas con una maduración corporal precoz (aceleración), la frecuencia creciente de los trastornos de aprendizaje, la debilidad de concentración, las crisis de desarrollo y otros defectos infantiles muy deplorables. Aun se debería considerar en mi opinión, aunque no con seguridad, en los medios supercivilizados, las afecciones de frecuente presentación en la juventud, para relacionarlas con la dificultad psico-social del proceso del desarrollo (Erwachsenwerden), condicionada por el tiempo. Pienso aquí en el escaso impulso puberal de las jovencitas que, según WERNER LEIBBRAND, da en sí lugar a una "angustia central ante el desarrollo". De la angustia central ante el desarrollo debe desprenderse una importante significación en tiempos en los cuales la toma de posesión biológica y social del papel de adulto no acaece, muy generalmente, con la autonomía de épocas más antiguas, ligada a la tradición.

No se puede concebir seguramente ningún programa psico-higiénico tan vasto que pudiera criticar o corregir fundamentalmente el desarrollo histórico de la humanidad. Sin embargo, no debe desestimarse el valor de los conocimientos obtenidos observando y pensando en los peligros epocales del hombre para la labor psicohigiénica práctica. Las contribuciones de la escuela vienesa actual sobre la solución psico-social del problema de emigración, son por ello un ejemplo ilustrativo.

Sigamos ahora el movimiento de la vida humana más allá de la juventud. Se ha llegado a la vida adulta, a la época del matrimonio (Familiengründung), de la procreación y alumbramiento, de la aspiración vocacional, de la firmeza en los contratos, de la plena responsabilidad de sí para el hacer y el no hacer. Nosotros sabemos que la vida adulta, apenas está amenazada que la entrada en ella, por crisis y peligros, puesto que también aquí, en la vida adulta, se encuentran estrechamente entretejidos el destino corporal con el anímico, el suceder psico-físico con el mundo, el destino individual con el general. Pero nosotros no estamos en posición de remarcar las pausas biológicas correspondientes para el progreso de la vida hacia la madurez alcanzada, como éstas existen, con más o menos claridad, para el desarrollo infantil y también para la vejez. Y, sin embargo, no está libre esta época de la vida, de problemas internos ni de problemas psicológicos y sociales. La psicología de las neurosis pone énfasis en las cuestiones específicas de la edad media de la vida. Recuérdese "Las neurosis de la mitad de la vida", de C. G. JUNG. C. F. WENDT señala el carácter crítico de los 30 a los 37 años, en que se determinan las neurosis de protesta frente a la idea de que ha llegado a su fin la época del impulso, de la aspiración y de los proyectos, echándose de menos la original concepción del hombre. Sólo puedo mencionar aquí brevemente el punto de vista de la problemática de la edad, sin duda no sin importancia para la psicohigiene de la edad del adulto. En una vida de actividad rigurosamente normada y canalizada el joven es, las más de las veces, el subalterno y dependiente. Se mueve impaciente y a menudo vanamente conforme a su posición de hijo, según la posición

y opiniones de los mayores (padres). Si la cosa es al revés, si el mayor (padre) es dependiente del joven (hijo) y está por debajo de éste, surge fácilmente un rencoroso resentimiento que enturbia (envenena) las relaciones interhumanas. En las organizaciones de actividad ordenada, como por ejemplo en la empleocracia, las difeerncias de edad son, no raramente, motivo de tensiones y de desavenencias de toda clase. El problema de la edad se torna difícil en la vida adquisitiva cuando personas más viejas, aún con plena capacidad de rendimiento, por aprensión o por caulesquiera otras razones de justa remuneración, no pueden encontrar ya una ocupación apropiada, seguramente, el conocido problema, entre nosotros, de los empleados viejos: el ser más viejo (Altersein) y no el ser viejo (Altsein) constituye la afrenta. Hay profesiones que, por razones físicas alcanzan precozmente su máximo de rendimiento, y ya a los 40 años no pueden ser desempeñadas con pleno éxito en el terreno de la competencia; tales como por ejemplo, muchos deportes profesionales; y hay, en cambio, otras profesiones, en las cuales se exige una espera extraordinariamente larga, hasta que se alcance el nivel de experiencias, de sensatez, de prestancia, o también el nivel de la edad de promoción (ascenso), la mayor parte de las profesiones académicas. Existe pues ciertamente, respecto de tales peculiaridades temporales de la actividad profesional una problemática de edad, en relación con un temor a llegar a ser viejo o una impaciente espera de llegar a serlo, en ambos casos, de estar aún todavía dentro del nivel biológico. Si ahora nos referimos al problema de la edad en relación con el sexo, es que vemos nosotros que también hoy, aun en nuestro sistema social y cultural, la mujer se encuentra afectada en su mayor parte por dicho problema. Esto puede deberse en parte, a las peculiaridades somáticas del sexo femenino que, biológicamente, madura más temprano y muestra signos de involución más tempranamente que el masculino. Pero lo principal es el papel sociológico de la mujer acordado por la valoración unilateral de los hombres como "l'autre sexe" ("el segundo sexo"), según SIMONE DE BEAUVOIS, que comporta una preferencia social de juventud y casamiento. La llamada "solterona" (ältlich) puede ser exactamente tan vieja o tan joven como la denominada "señorita" ("junge Frau"). Y en estos días constituye también una suerte de desatino preguntar a una mujer por su edad, mientras que la del hombre no es objeto de respeto reverente. Que la diferencia de edad de las mujeres en relación al sexo masculino y respecto de las rivalidades femeninas, posee un considerable significado, es sabido por todos; no menos sabido es que, de tales diferencias, pueden surgir tragedias y conflictos humanos. Finalmente, quisiera mencionar al hombre y la mujer por igual, el incipiente problema de la generación. La conciencia de generación, es decir, de una afinidad por el destino (schicksalsmässigen), de coetaneidad semejante, es, desde luego, un fenómeno francamente sociológico. En la misma época viven diferentes generaciones, "para cada individuo, la misma época es otra distinta, esto es, una otra de él mismo, que él participa sólo contemporáneamente", dice el historiador del arte WILHELM PINDER, en relación al estilo artístico cultivado por las diferentes generaciones. Pero el

problema de la generación no sólo es propio del arte y la literatura, es también un asunto que atañe a cada ser humano. En todas las familias y grupos profesionales, los más jóvenes se colocan frente a los más viejos, los hijos frente a los padres, los padres frente a los abuelos. En las sociedades estables, ligadas por la tradición, la generación más joven se orienta en su meta vital y estilo de comportamiento, por la más vieja. En los estados socialistas que se caracterizan por la rápida variación, se presenta el joven más fuerte, con proyectos fijos, se trata de igualar al anciano en el estilo de vida del joven; dichos estados pierden piedad y respeto frente al anciano en el trueque de valores (Kurswert). Roces, conflictos, crisis del amor propio y discriminaciones surgen de la interrelación de las generaciones. THACKERAY dice irónicamente, desde el punto de vista de los ancianos: "Los jóvenes creen (meinen) que los viejos son tontos, (pero) los viejos saben (wissen) que los jóvenes son tontos". Los conflictos de generación tienen lugar en el seno de la familia. Ellos perturban las relaciones de los hombres jóvenes, no más afectados por las experiencias de la guerra y los errores políticos que los viejos, los cuales tienen que arrastrar consigo un turbio y doloroso pasado; y estos conflictos dan lugar a un hecho muy importante que debe ser considerado muy psicohigiénicamente: el desmedro de una configuración vital plena de sentido en una edad posterior de actividad que no será más productiva. Entonces, observadas las cosas en su totalidad, el bienestar de los ancianos, depende sólo en pequeña parte del querer y poder del anciano mismo, y depende en proporción mayor del comportamiento de la generación joven frente a la vieja, frente a los hombres viejos que el impulso héctico de nuestra época tiende a marginarlos. Cerrar la mirada ante la vejez y fragilidad, liberarse la familia del cuidado de la vejez para descargarlo en las instituciones y establecimientos, significa cerrar los ojos ante la propia fugacidad, ante el propio ser-para-la-muerte. Hasta qué punto ha prosperado esta conducta hoy y cuán poco lleva ella a una verdadera sumisión ante la muerte, son cosas que el psiquiatra observa en el creciente número de pacientes neuróticos adultos que, por motivos fútiles quedan afectados de graves temores hipocondríacos y de angustia de muerte. Esto también me parece ser un aspecto psicohigiénico muy importante de nuestra existencia presente. Los particulares problemas de la curva vital decreciente, de la involución, del climaterio femenino, de la mengua de rendimiento masculino, las cuestiones biológicas, psicológicas y sociológicas que se relacionan con el envejecimiento, todos estos hechos, sólo puedo mencionaros aquí. ¡Permitidme entonces llegar a lo último de mi disertación!

El período que, en el curso natural de la vida, constituye el final, se llama escuetamente en alemán, la vejez. El hombre en esta edad, el hombre que paulatinamente ha ido envejeciendo, se llama ahora simplemente "viejo". Tan es así, que el lenguaje corriente quisiera expresar con ello que, al envejecimiento progresivo, ha respondido un cese y una plenitud en el ser-viejo (al Alterwerden un Altsein: al llegar-a-ser-más-viejo, un ser-viejo), ya que la sucesión gradual de la vida ha conducido a una especie de plataforma que asegura el empeño constante, la cosecha fructífera y la tranquilidad de fiesta.

Pero se puede interpretar también el lenguaje usual, de otro modo; esto es, que sea la vejez el estado en el cual han venido a menos para el hombre, todas las posibilidades de una configuración existencial sensata, como los frutos y las hojas de un árbol otoñal, en que él, sólo es más viejo y no tiene otra cosa que husmear en el vacío fluir del tiempo, nada más que el puro envejecer, o el siempre-llegar-a-ser-aún-más-viejo (Immer-noch-älter-Werden). Entre estos dos aspectos, el de la plenitud y el de la vacuidad, se mueve la vejez efectiva. Pero en todo caso, la vejez no se ha apartado de la ley de la variación. A menudo, bajo la apariencia de estabilidad (normalidad) y lozanía medran los procesos biológicos de lento descaecimiento y deterioro en un tiempo y proporción ampliamente fijados endógena y constitucionalmente, investigables hoy hasta en la coloidoquimia de las células y tejidos. A las detectables o insulares variaciones del cerebro se han ordenado los signos psíquicos de los síndromes focales, en la forma más sutil, universalmente propagada, como el aislamiento de recuerdos recientes, de la capacidad de retención. La psicopatología de los viejos es, en gran parte, idéntica a la de los síndromes psico-orgánicos y es también susceptible de un tratamiento médico que, siguiendo el camino de una terapéutica vascular, alcanza las funciones cerebrales perturbadas. Pero se ha observado a menudo por los patólogos una equivocada relación entre las huellas cerebrales anatómicas de la vejez y una capacidad de rendimiento duradera hasta la muerte. La psicopatología de la senectud se encuentra en una relación tanto menos paralela a la patología del cerebro, de la presión sanguínea, de la circulación cuanto más ampliamente comprendemos nosotros los sufrimientos y necesidades de la vejez, cuanto más profundamente penetramos en ella, cuanto más claramente funesta encontramos la oposición de vejez dichosa y vejez desafortunada, eugerasia y disgerasia en el sentido de FERDINAND ALBERT KEHRER. Las irrupciones en el tranquilo y benigno proceso senil del cuerpo animado, como catástrofes, descompensaciones en el sentido de HANS HOFF, pueden ser seguidas por catástrofes y descompensaciones psico-sociales. Recuerdo la llamada bancarrota del pensionado, un suceso crítico, que muy a menudo conduce a la dificultad motriz con rápido desmedro corporal y espiritual, y, a la muerte. Hay desde hace tiempo una psicología, una sociología y también, desde tiempo inmemorial, una filosofía de la vejez, modos de consideración que muestran que, la vejez, no sólo es un estado biológico sino una situación humana. El ascenso de la duración media de la vida, el aumento de ancianos en la población, la crecida incidencia de psicosis seniles —fenómenos que, vistos estadísticamente, estriban principalmente en una disminución de la mortalidad infantil— han llamado, en los últimos decenios, la atención de los investigadores sobre el problema de la vejez, en toda su amplitud y ha surgido la respectiva rama científica, la gerontología y la geriatría. La psicohigiene de la vejez recibe de parte de la ciencia una gran cantidad de incentivos. Pero no se puede establecer con seguridad que las posibilidades de higiene psíquica de la senectud sean en breve agotadas. ¿Han disminuído en los últimos años las cifras extraordinariamente altas de mortalidad de los viejos? Yo no puedo ofrecer al res-

pecto ningún dato estadístico, pero según la impresión clínica nada de esto se ve. El suicidio y el intento de suicidio son el resultado de una depresión desesperada, que ciertamente en la vejez suele estar complejamente determinada. Y depresiones seniles tan altamente predisponentes al suicidio encontramos nosotros continuamente en la clínica. Philemon y Baucis, la ideal pareja de viejos contentos y satisfechísimos, la encontramos sólo muy raramente en el país. Las concienzudas investigaciones llevadas a cabo por ANDRÉ RÉPOND en una población porteña de extranjeros suizos, muestran cuán pocos viejos satisfactoriamente colocados en los puertos y reconciliados con el destino de la vejez, detestan la muerte. En 100 porteños viejos, más de un cuarto de ellos no tenían una actitud positiva respecto de su vida presente y pasada. En las ciudades, la situación más bien empeora. Si se repara en las razones que justifican la asistencia urgente de los ancianos de la época, es porque pueden detenerse los déficits corporales, frente a una urgencia situacional; compensables en efecto, con los medios de la medicina técnica, déficit que se pueden caracterizar con pocas palabras: la falta de utilidad y de importancia de un hombre que llega a su fin. El ser-viejo experimentado y vivido carece de sentido, en tanto se subestima a sí mismo en las reflexiones depresivas, pesimistas y a menudo matizadas de hipocondría, o, sin tales reflexiones y carga subjetiva fáctica, es marginada por la sociedad y ésta permite que viva su vida sin contenido y sin comunicación. Pero la vejez vivenciada (erlebte) y vivida (gelebte) no tiene por qué ser menospreciada. Hay formas de vejez consumada, consagrada, dignificada y tan grandiosa hoy como ayer. El que una vejez, humanamente digna, se haya trocado ahora en tan denigrable, no depende en verdad de las tan discutidas, particularmente aquí, crecientes variaciones de la estructura social, económica, técnica de la época industrial moderna. No depende sólo de estos tiempos el que el status social excluya a la vejez actual, sino también, en no menor grado, de condiciones que ya dificultan a los hombres jóvenes el madurar y desempeñarse en el papel de viejos, y que con bastante frecuencia inducen, a hombres y mujeres que envejecen, a un enojoso querer-ser-joven. A los hombres jóvenes se les ha hecho así difícil construir su vida, que al lado del trabajo rutinario queda aún tiempo para los intereses y bienes valiosos, en donde hoy, no tanto la falta de libertad, sino más bien el exceso de efímeras distracciones aparece como insuperable; y finalmente, se les ha ofrecido súbitamente ante los ojos, la imagen de una vejez por nada valiosa, solitaria y amarga, de suerte que apenas si es ciertamente digno el llegar-a-ser-viejos. Pero, desde el punto de vista sociológico, también esto ha sido considerado demasiado unilateralmente. El hombre no es, en fin de cuentas, un simple producto del medio ambiente y de la sociedad. Ha sido postergada su persona, soslayada su solución, excluída la dignidad de su destino; pero si él ha acumulado en los años jóvenes el tesoro espiritual que confiere la actitud moral, debe tener la fe de poder existir más tarde en la edad provecta, con sensatez y plena confianza.

La psicohigiene llevaría sus aspiraciones muy arriba, extendería sus límites, si ella se comprometiera a modificar la estructura de la sociedad moderna, restituir al hombre en su fe religiosa; luchar, partiendo de un tal aspecto humano-pedagógico, por la miseria anímica de la vejez. Pero una buena profilaxia de la ancianidad constituye ya todas aquellas medidas psicohigiénicas que ayudan a los hombres jóvenes a una formación razonable de la existencia. Pues la vejez se alimenta también psíquica y espiritualmente del capital que ha acumulado en la juventud. La psicohigiene encuentra además muchos puntos de apoyo si de veras quisiera modificar la situación de la vejez misma. Sólo mencionaremos aquí algunos puntos: fecundas investigaciones, en lo que sé, se han llevado a cabo especialmente en los EE.UU., para liberar a los inquilinos de las cosas de vejez, de su inactividad paralítica y de su falta de relación social, gracias a la garantía de posibilidades de ocupación y a la esperanza de costearse la vida por su propia cuenta. ANDRÉ RÉPOND nuevamente afirma que, en la colonia suiza, una organización llamada "Vert Automne" había inspirado y auspiciado una institución que fomenta clubs de gente anciana y facilita a los ancianos que quieren trabajar, una actividad en la vida comercial, bajo la forma de "activités complémentaires et d'ornement" ("actividades complementarias y de ornato"). STRANSKY señala la posibilidad de ofrecer a los ancianos una actividad consultiva, desde la enseñanza manual hasta la participación en las corporaciones consultivas. En las clínicas y policlínicos psiquiátricos, en los establecimientos consultivos de educación, de familia, de matrimonio y de profilaxia del suicidio hay siempre ocasión de plantear las cuestiones geriátricas de manera especial. En tales establecimientos consultivos y, sobre todo, en la asistencia social, el problema de los abuelos es de gran actualidad. Una razonable ancianidad paterna o materna es realmente uno de los mejores medios de ayuda contra el extravío del hombre que envejece y también se la necesita hoy para la generación joven, donde tan a menudo ambos padres se encuentran en el trabajo y los hijos pueden quedar, de otro modo, sin vigilancia familiar. Pues esto vale también no raramente para corregir una función ya existente de los abuelos, pero pedagógicamente desfavorable, para circunscribirla a su justa medida. De no poca ayuda es finalmente el esclarecimiento de las cuestiones gerontológicas que debe ser encomendado a las autoridades y guardianes de la seguridad, al personal de asistencia y vigilancia y a la opinión pública. Decía antes que el destino de la generación vieja está determinado por la joven, en general, sin duda, y no sin excepciones! Pues hay cosas notorias en la política, en la administración y en la ciencia, donde precisamente, se da el caso contrario. También para el trabajo psicohigiénico quisiera reservar una parte de la mencionada afirmación. Pues en este trabajo surgen, no raras veces, valiosas iniciativas de parte de los hombres viejos, de esos viejos que han logrado conservar un corazón joven y una razón íntegra, viejos que, de su propia experiencia y del reino de la experiencia de la vida, saben lo mejor, lo que es provechoso para los demás viejos, por lo general menos activos espiritualmente.

Me encuentro al final de mi premiosa revisión sobre la psicohigiene de la edad, bien entendido que yo sólo he rozado y observado de una manera muy panorámica el problema de este dominio, y que, en relación al todo, he adaptado. Pero no quisiera terminar sin señalar una coincidencia para mí altamente ilustrativa. En la fundación de vuestra sociedad nadie ha insistido con tanta asiduidad, desde hace 10 años, como el difunto OTTO KAUDERS, sobre una psicohigiene de la edad como tarea del futuro, dirigiendo con ello un llamado a todos los hombres interesados en esta disciplina, llamado que sólo me ha sido conocido posteriormente, según la expresiva exposición de mi tema. Mientras tanto, se ha elaborado en este lapso un material muy importante para una psicohigiene de la edad: son trabajos fundamentales, de los cuales sólo podría citar pocos que se hayan concretado, específicamente, a las cuestiones psicosociales de la edad. Hago digna y reverente memoria del visionario OTTO KAUDERS y de los demás miembros fundadores de vuestra Sociedad, pero al mismo tiempo la hago con el pesar de haber respondido con mi disertación, sólo en forma muy esquemática a ese llamado de hace diez años.

# FOLKLORE Y PSIQUIATRIA *

Por José Angel Bustamante

Sean mis primeras palabras para reconocer un hecho de importancia manifiesta que viene ocurriendo en el proceso del desarrollo psiquiátrico. En el año 1950, en el Primer Congreso Mundial de Psiquiatría, celebrado en París, apenas se observaban en el mismo aportaciones de tipo cultural. En cambio, en el Segundo Congreso Mundial de Psiquiatría, celebrado en Zurich en 1957, notamos la aparición de un determinado número de ellas.

En el IV Congreso Internacional de Psiquiatría que tuvo por sede la ciudad de Barcelona en 1958, ya se observa la existencia de una sección denominada "Psicoterapia y Antropología Cultural" y ahora, en el II Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, en nuestro país, esta Sesión Plenaria dedicada a "Cultura y Psiquiatría", es índice de que las aportaciones culturales han adquirido el rango y la importancia necesarios, lo cual nos hace esperar que en el III Congreso Mundial de Psiquiatría que el próximo año habrá de celebrarse en Canadá, será mucho mayor el énfasis que se dará a tan importante aspecto.

Traemos a la consideración de este Congreso un tema que aun cuando ha sido motivo de preocupación y estudio para un grupo de psiquiatras y antropólogos, apenas comienza a abrirse paso en el nivel que le corresponde en el momento actual: nos referimos, como su nombre ya anticipa, a la importancia que para la Psiquiatría tiene el conocimiento e interpretación del Folklore.

El Folklore ha sido objeto de estudio por una serie de investigaciones que en el decursar de los años se han esforzado por arrancar a los mitos, leyendas, cuentos y cantos populares su profundo significado.

Algunos folkloristas han realizado una encomiable labor detallando y exponiendo las modalidades de cada una de estas manifestaciones populares. Otros han avanzado un poco más y se han esforzado por estudiar de modo científico tan polifacética expresión del alma popular.

En primer lugar, es bueno consignar que el propio término folklore, ha sido motivo de grandes disquisiciones en cuanto a su cabal sentido, desde que en el número del veintidós de agosto de 1846 de la revista londinense

---

* Comunicación presentada a la sesión plenaria "Cultura y Psiquiatría" en el II Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría. La Habana, Enero de 1960.

The Athenaeum, WILLIAM JOHN THOMS, propuso este nombre para sustituir a las Populars Antiquities, de anterior uso en Inglaterra, y que textualmente dice: "What we in England designate as Populars Antiquities or Popular Literature, which would be most aphly described by a good saxon compound Folklore, the Lore of the People", comprendiendo todo lo que hace referencia a "old rites ceremonies of the Buderning of the People, inocents customs, pleasure and recreations".

Esta primera acepción inglesa sufre en Francia, España, Portugal, Italia y otros países europeos, modificaciones que extienden su frontera, motivando posteriormente la gran polémica orientada a dejar reducidos a sus verdaderos términos, los límites de su contenido.

Durante años dicha polémica se desarrolla en el dominio de los folkloristas hasta que el desarrollo de la antropología y, sobre todo, de su rama cultural, lo deja enmarcado en el grupo de estudios de esta última: la "Antropología Cultural". De este modo se arriba a la conclusión de que dos conceptos generales abarca el término Folklore: "Uno, el de que es la ciencia de las tradiciones populares con sus mitos, cuentos, leyendas, etc., y otro, que es la rama de la Antropología Cultural que estudia estos aspectos de la Cultura.

Multitud de teorías han tratado de interpretar el sentido de los mitos y cuentos, como ya dijimos. Así: las teorías filosóficas y alegóricas de MAX MULLER; las naturistas de FORBENIUS; las históricas de GRINN; las ritualistas de SIANTYVES; las antropológicas inglesas de TAYLOR LANG, BASTIAN y FRAZER; la funcionalista de MALINOWSKY; la psicoanalítica de FREUD, JUNG, RANK, ABRAHAM, ROHEIN y RINKLIN, y la cultural de FROMM y KARDINER.

De todos estos intentos interpretativos dejamos constancia, pero sólo tomamos en consideración las teorías psicoanalistas y culturales por ser las que ofrecen un sistema de interpretación capaz de penetrar en la esencia de lo que el mito, el cuento y tantas otras formas del Folklore significan.

Penetremos brevemente en estas concepciones, las cuales nos ofrecen los instrumentos necesarios para la comprensión de los productos de tan importante actividad humana.

RINKLIN (12) en 1908, nos dice que los cuentos populares son realizaciones de deseos y que sus simbolismos siguen las mismas leyes descubiertas en los sueños.

KARL ABRAHAM (1) en 1909, establece el paralelo psicológico entre el sueño y el mito, aplicando al mito las reglas de su interpretación onírica.

OTTO RANK, en su formidable monografía publicada en 1909, "El Mito del Nacimiento del Héroe" (13) aplica al mito, a los cuentos y a las leyendas populares los métodos de interpretación descubiertos por el psicoanálisis.

GEZA ROHEIN (14) lleva al campo de la Antropología Cultural el complejo de Edipo, y de ese modo amplía las iniciales aplicaciones de FREUD en Totem y Tabú.

JUNG, en su obra "Transformaciones y Símbolos de la Líbido" (9), aplica su concepto del inconsciente colectivo depositario de los arquetipos o imágenes ancestrales que son los símbolos mitológicos de los dioses, demonios, magos y feticheros de todos los mitos y todos los folklores.

FROMM (8) y KARDINER (10) representan el retorno de las interpretaciones psicológicas del folklore para la valoración del hecho psicológico y psiquiátrico en una cultura dada.

Quiere esto decir, la aplicación a la Psiquiatría y otras disciplinas, de los datos que el Folklore ofrece, estudiado, claro está, con los métodos que la propia psicología y psiquiatría han brindado al estudioso.

Pero es KARDINER (10), sobre todo, el que con sus conceptos de sistema proyectivo e institución secundaria hace del folklore un elemento imprescindible en el estudio de lo que él denomina personalidad básica. Esto es, que la personalidad básica de un grupo se encuentra determinada por la acción que las Instituciones primarias (disciplinas precoces, entrenamiento afectivo) ejercen en su constitución biológica y que, a su vez, esta personalidad básica, a través de los sistemas proyectivos creados por esta formación, se proyecta en la mitología y en el folklore, los que, como pantallas, recogen la esencia de esa personalidad. Es natural que siendo el Folklore el producto final de la personalidad básica, donde se recogen los productos naturales de una personalidad, en una determinada cultura, resulta de vital importancia su estudio, tanto para las aplicaciones psicológicas que del mismo se derivan, como para la psiquiatría en sus variados cuadros nosológicos.

En el II Congreso Mundial de Psiquiatría, celebrado en Zurich en 1957, presentamos un trabajo que denominados "Los Factores Culturales en Algunos Cuadros Esquizofrénicos" (3) y en el mismo, refiriéndonos a los bilongos, decíamos que en algunos esquizofrénicos se desarrolla un cuadro paranoide sobre el tema del bilongo como eje.

Los bilongos, aportación de la cultura conga al folklore cubano, son sustancias que se introducen en el cuerpo y que, usados por un enemigo que se ha valido de su energía malévola e impalpable, son capaces de ocasionar un daño o perjuicio, tanto en la salud como en la voluntad, por lo cual se pueden utilizar contra un individuo para perjudicarlo en amores, riquezas o prestigio.

En aquella ocasión señalábamos cómo la modalidad de los bilongos, dentro del sistema proyectivo del cubano, es índice de rasgos paranoides.

Y esto es así, porque los sistemas proyectivos poseen una influencia polarizadora, esto es, que cuando un sistema enseñado, producto de la realidad y de la enseñanza de las medidas convencionales que rigen las relaciones humanas, se encuentra en contradicción con un sistema proyectivo, esto lo deforma.

No olvidemos que el sistema proyectivo que da nacimiento al elemento folklórico —bilongo— es el mismo que distorsionando la realidad influye en el proceso patogénicamente creado como resultado de la contradicción entre

el sujeto biológico y el medio cultural y que produce patoplásticamente los rasgos que al mismo se sobreañaden.

El mecanismo paranoide del bilongo, en un caso, influye en la patoplastia del cuadro neurótico, como en el compulsivo, mientras que en otras ocasiones el propio bilongo, este folklórico, se incorpora al cuadro paranoide por su equivalencia simbólica y como resultado de la cultura *.

En un trabajo publicado en inglés en el American Journal of Psychotherapy (2), bajo el título "Importance of Cultural Patterns in Psychotherapy", y en español en la Revista de la Confederación Médica Panamericana como "Importancia de los Patrones Culturales en la Psicoterapia", hacíamos referencia a un sueño de un paciente en el cual se había introducido un simbolismo propio de la mitología yoruba o lucumí, que en nuestro medio, en sincretismo con la religión católica, crea la denominada santería. Este simbolismo es el Aché de Ochún, diosa del panteón yoruba.

En dicho sueño el paciente, que sufría una neurosis y una gran dependencia paterna que no le permitía ir a su total liberación y darse por entero a la vida familiar (esposa e hijos), nos ofrece un tema onírico similar al Aché de Ochún.

En la casa de sus abuelos, gran casa donde la familia se reunía en Pascuas, va a tener lugar un gran baile. La orquesta en una plataforma; sus abuelos en unos sillones semejantes a los de un trono cerca de la orquesta. Están presentes sus tías y parientes, y su abuelo lo mira con aire autoritario por lo que, por temor, apenas se mueve.

La insistencia de una tía (la cual el paciente tiene unida a recuerdos de castigos y regaños) para que baile, despierta en él el deseo de retirarse a sus habitaciones. Otra tía (bondadosa y que siempre intermedió en su favor cuando pequeño) se le acerca a le entrega una pequeña cajita, como las de rappé, y le dice que se serene y la tome. Dicha cajita tiene miel de abeja que el paciente huele.

El enfermo, en su vida real, muestra una tendencia a mantener "flirts" en los cuales llega a una estrecha vinculación apasionada, pero envuelta en los marcos de un juego intelectualista, esto es, conversaciones de temas interesantes, elaboración de versos a las damas, frecuentes entrevistas en las que la historia y la literatura son el tema central con las naturales insinuaciones amorosas, pero sin pasar a un plano concretamente sexual. Veamos cómo la interpretación del sueño pone de manifiesto la intervención del simbolismo señalado.

La tía (el tratamiento) le dice que debe ir a la liberación de la dependencia de su padre, muy a pesar de la mirada de su abuelo (su padre) y de la otra tía (medio familiar), insistiéndole en que no debe ir a sus habitaciones (neurosis), sino dar salida a su conflicto de acuerdo con lo que la cajita de miel de abeja simboliza, esto es, su total liberación, tanto de la de-

---

* Se hace referencia al compulsivo y al paranoide que en el trabajo se estudiaban.

pendencia paterna y familiar como de su erotismo espiritualizado, y pasar al pleno ejercicio sexual que el Aché de Ochún simboliza.

Para que podamos comprender la importancia de este símbolo de la mitología yoruba en la interpretación de este sueño, debemos decir unas palabras sobre el mismo.

En la mitología yoruba Olofi, Dios Supremo, entrega a los dioses, por petición de los mismos y ante la sequía que dominaba al mundo por el abandono del Olofi, todos los poderes en una gran ceiba. A cada uno le fue entregado un poder o Aché. A Ochún le correspondió, en una pequeña cajita con oñí (miel de abeja), el pleno poder sexual en todas sus manifestaciones, amor espiritual y amor carnal. A Changó el fuego, a Yemayá el mar, a Babalú Ayé el amor carnal sin su componente espiritual.

Es tal el poder de Ochún que se cuenta que cuando Babalú utilizó su poder sexual el día de Olofi, esto es, el día del año en que los poderes retornan a Olofi (único día en que como es natural los dioses no pueden usarlos) y por dicha falta se transforma en lazarino y muere, Ochún va a pedirle a Olofi su resurrección utilizando para conquistar al viejo su Aché que también con Olofi se muestra efectivo, pues logra que lo resucite.

Por lo tanto, en el sueño, la cajita de miel de abeja es el símbolo que al igual que el Aché de Ochún, significa la plena liberación sexual, no como en el caso de Babalú, parcialmente carnal, ni como en nuestro paciente parcialmente espiritual (flirts intelectualizados), sino pleno, tanto en el aspecto espiritual como en el carnal.

El objetivo de estas aportaciones era determinar la importancia de los factores culturales tanto en la psicoterapia como en algunos cuadros esquizofrénicos y por ello, como consecuencia lógica, hubimos de penetrar en esos aspectos culturales y concretamente folklóricos.

Vamos ahora a abordar de modo directo, un mito, una leyenda y un rito, elementos decididamente folklóricos y que van a ofrecer el apoyo necesario a nuestra tesis: "El Mito de Changó", la "Leyenda del Chivo que Apesta a Berrenchín" y el "Rito del Plante o Baroko Ñáñigo".

Hemos tomado estos tres elementos de manera indiscriminada, aunque podemos decir que Changó es el dios más popular del panteón Yoruba o Lucumí, que la Leyenda del Chivo que Apesta a Berrenchín es de extensa vigencia popular y que el Rito del Plante o Baroko Ñáñigo, aun cuando es de ceremonia cerrada, es sin duda el más importante de la cultura carabalí.

Si a ello añadimos que hemos incorporado, al inicio, como reseña comentada, lo que en otra ocasión dijéramos sobre los bilongos producto de la cultura conga, quedan de este modo incluídas las tres culturas negras más importantes, la lucumí o yoruba, la carabelí y la conga.

Antes de comenzar el estudio del mito Changó, debemos dejar consignado el hecho de que toda la mitología lucumí o yoruba en nuestro país es de tradición oral y el Sacerdote o Babalao tiene que saber de memoria, para ordenarse, miles de cuentos que recoge la tradición, lo que hace que en algunos extremos se hayan producido dos o tres versiones sobre el mismo pasaje

mítico. En su oportunidad penetraremos en ese aspecto, pero lo que FERNANDO ORTIZ, LYDIA CABRERA, RÓMULO LACHATAGNAIRAIS, FABELO e ISRAEL CASTELLANOS han producido en este sentido, facilita nuestra tarea.

Por ejemplo, Changó en algunas leyendas es hijo de dos obatalás viejos, Obaiba y Yemú, dos de los que en número de dieciséis Orún se unen en forma de sol para crear a Olorun, de donde surge Olordumare, manifestación femenina que se une a Alofi, dios supremo.

Para otros Changó es hijo de Yemayá, y asimismo otros sostienen que es hijo de Obatalá. Es bueno aclarar que gran parte de esta confusión se debe al hecho de que en la teogonía yoruba existen dieciséis Obatalás de los cuales unos son machos y otros son hembras, y por otra parte, por el traslado de Changó de la casa de Obatalá a la de Yemayá.

En una leyenda Agallú Solá, el dios barquero del río, posee a Obatalá en una de sus presentaciones femeninas y de dicha unión nace Changó. La madre (Obatalá) huye de Agallú y atiende sola a Changó, el cual una vez crecido pide a su madre le diga quién es su padre. Esta se niega una y otra vez hasta que cansada por el agobio del hijo, le dice que es Agallú.

Sale Changó en busca de su padre hasta que lo encuentra y le dice que está buscando a su padre. Al preguntarle quién era su madre y responder Changó que lo era Babá y que él era su padre, éste decide matarlo.

Lo conduce a un sitio donde prepara una hoguera y se dispone a quemarlo. Pasa por el lugar una mujer que solicita auxilio para Changó, Oyá y Ochún se dirigen a Olofi y éste entrega a Oyá la centella y a Ochún el poder o Aché del fuego para Changó.

Oyá lanza la centella a Agallú, el cual huye hacia la palma y Ochún entrega a Changó el Aché o poder del fuego. Por tal razón Changó no se quema y es el dios del fuego.

Como puede verse, Changó vive sin padre, su madre lo cría ocultándole quién es, cuando llega a saber quién es el padre va en su busca y éste trata de quemarlo, pero la intervención de dos mujeres, Oyá y Ochún, lo salva.

Changó regresa a su hogar muy contento de haber conocido a su padre, y al susto pasado, contrapone la posesión de su Aché (poder sobre el fuego) por lo que se pone a jugar con la candela delante de Obatalá y cuando ésta sale de su casa, le prende fuego y se queda en medio de las llamas jugando.

Obatalá, indignada, lo toma en sus brazos, lo alza y lo lanza al espacio.

Como una bola de fuego ve Yemayá un objeto que se acerca, y extendiendo la falda lo recoge; la bola de fuego es Changó, que a partir de ese momento tendrá por madre a Yemayá, a quien se queja de que su madre lo ha echado.

Como puede observarse, la actitud de Changó frente a su padre es de búsqueda y deseo de estar cerca de él. Este intenta quemarlo, y no obstante

guarda un grato recuerdo de su conocimiento, así como de la adquisición del poder del fuego.

La madre no resiste las malacrianzas de Changó. Lo expulsa al vacío y va a caer en la casa de Yemayá. Changó refleja un odio a su madre, el cual expresa a Yemayá. Y ésta, en grandes luchas con su hermana Obatalá, recibe al niño como un regalo de Olofi.

Por lo tanto, huye de su madre y va a su tía. El odio de la madre es definido. El recuerdo del padre, en cambio, es indiferente.

Le plantea a Yemayá que quiere el tablero del Ekuelé, el tablero donde se tiran los collares para determinar, según caigan estos, cuál ha de ser el futuro. Yemayá se dispone a ir a casa de Obatalá para robarle el tablero; para ello tiene que superar múltiples obstáculos y cuando al fin llega, cansada, encuentra a Changó que sale con él en la mano y le reprocha su tardanza.

En otra leyenda se recogen las insistencias de Yemayá, madre de crianza de Changó, para que este la poseyera, a lo que de manera firme se opone una y otra vez Changó llegando a insultarla por el grave pecado que le sugiere. No obstante, en una última ocasión, ante tal insistencia, Changó acepta y se dice en dicha leyenda que madre e hijo se aman desde entonces.

Mientras que Changó fue famoso y potentado, el más distinguido en el Güemilere, Ochún lo pretendió de manera contumaz. Sus insinuaciones y coqueterías eran recibidas por Changó con el más firme rechazo.

Cuando Changó cae en desgracia y pierde su fama y sus riquezas, Ochún vuelve a sus insinuaciones. Changó le dice que con tal situación es muy difícil el mantenimiento de ambos. A lo cual contesta Ochún sacrificándole todos sus bienes, quedándose con un solo vestido que tiene que lavar todos los días en el río, por lo cual de tanto lavarlo se torna de blanco en amarillo. A partir de ese momento, Changó entrega su amor a Ochún.

Revisando las leyendas que nos ofrece el mito, vemos que el nacimiento de Changó está dentro del misterio señalado por RANK en el "Mito del nacimiento del héroe"; pues como hemos dicho, para unos es hijo de Obatalá (macho) y Yemú; para otros de Agallú Solá y Obatalá (hembra), siéndolo de Yemayá para otros.

Entre los Yorubas se dice que nació en la tierra y subió al cielo para ser Orisha, mientras que los bantús sostienen que bajó del cielo siendo ya Orisha.

Algunos grupos lucumís sostienen que era rey en Oyó, de donde tuvo que salir por su vida pendenciera, quedando con su esclavo en el desierto, y allí se produce su transformación en Orisha.

Como puede verse, son muchas las versiones sobre el origen de Changó, pero todas coinciden en señalar, bien sean unos u otros sus padres, el carácter divino de éste o su origen real.

Cuando Changó va en busca de su padre, se cumple también la característica de padre terrible que no quiere reconocer al hijo y que pretende quemarlo.

De igual modo, es rescatado del intento paterno por la intervención de Oyá y Ochún.

Pero RANK nos habla de que el héroe más tarde se venga del padre matándolo, asciende a la categoría paterna y es festejado como héroe y adorado como dios.

En el análisis de Prometeo, ABRAHAM (1) señala que Prometeo es el símbolo del hijo rebelde que quiere robar los atributos sexuales del padre y por ello, al pretender robar el fuego, su símbolo, es penado.

En el caso de Changó no encontramos esto. En primer lugar no va a robar los caracteres del padre en la forma de Prometeo, ni intenta matar al padre como venganza. Va a su padre para conocerlo; si se quiere, para rescatar la paternidad de que carecía al vivir con su madre e ignorar quién era su padre.

Cuando es salvado por Oyá y Ochún y retorna al hogar de Obatalá, no guarda rencor al padre, sino que por el contrario, regresa en actitud placentera por haber conocido a su padre y por haber obtenido su dominio sobre el fuego, poder otorgado por Olofi por intermedio de dos diosas hembras, Oyá y Ochún.

Una vez en su casa, el odio creciente a Obatalá, que actúa de modo similar a la madre mala, hace que intente utilizar su poder sobre el fuego para quemarla la casa.

Obatalá cada vez más agresiva con el hijo, lo lanza al vacío como una bola de fuego que es recogida por su tía Yemayá, quien a partir de ese momento va a ser su madre de crianza.

Claro está que al igual que en Prometeo, el poder de Changó sobre el fuego que no conduce a la muerte, sino a la separación de Obatalá, su madre, es símbolo del fuego genésico que caracteriza a este mito, y es asimismo motivo de su libertad, de su independencia de la madre mala, Obatalá, al ser expulsado del hogar materno.

El padre bueno, Olofi (el dadivoso padre de un matriarcado), es el que se lo da a través de las dos diosas hembras, Oyá y Ochún. Yemayá, por su parte, que lo recibe como tal, ya que a ella llega como una bola de fuego, se transforma en su madre y es desde el inicio una madre buena que hace todo cuanto el pequeño dios le ordena.

Pero es asimismo la madre Yemayá la que ha recibido el fuego genésico (bola de fuego), la que ha de insistir ante el dios para la realización del incesto, hecho al cual se ha de oponer de modo concreto una y tantas veces como Yemayá sugiera o intente su realización.

El robo del tablero del Ekuelé, tablero donde se tiran los collares que permiten predecir el futuro, es el equivalente al robo del elíxir descrito en la aventura del mito. Por él se obtiene el medio seguro para controlar el tiempo y el futuro.

Yemayá se dispone a buscarlo y superar innumerables obstáculos, pero Changó es quien lo roba al llegar antes que ella. En este punto, Changó

simboliza al dios padre ya en poder del instrumento que significa el control temporal. Lo logra robándolo a la diosa madre Obatalá.

Como puede observarse, el tablero de Ekuelé, aquél por el cual se posee el poder de adivinar y dominar el futuro, lo arrebata Changó del poder de una diosa madre, diosa madre que por otra parte es su madre Obatalá, por un camino o avatar femenino del dios de más alto rango después de Olofi.

Su madre de crianza Yemayá intenta realizarlo ante la petición del propio Changó, pero llega tarde. Todo ello nos indica que Changó, dios guerrero, inicia en el panteón yoruba o lucumí el dominio masculino, representado por la posesión del tablero del Ekuelé. Más tarde, como nos explica otra leyenda, se lo entrega a Orámbila a cambio del dominio en las fiestas del Güemilere o baile de los santos.

El hecho de que Yemayá fracase en su empeño de robar dicho tablero, y que éste pase de las manos de una diosa hembra Obatalá, a las del dios macho Changó, completan el énfasis de tal simbolización.

Después de resistir en múltiples ocasiones, cae en el incesto ante las sugerencias de Yemayá y en esto poco se diferencia de otros mitos.

Por fin, tras un largo insistir, Ochún logra el amor de Changó, cuando ésta le ofrece todas sus riquezas.

La movilización del mito va desde la búsqueda del padre y su trágica expulsión del hogar materno y su adopción por Yemayá.

La conquista del tablero del Ekuelé es la expresión de la apoteosis de su poder, ya que en la serie de experiencias y obstáculos que encuentra en su aventura, obtiene el poder del rayo, el fuego y el tablero del Ekuelé, lo cual lo sitúa en el dominio del presente por el fuego y el rayo, y del futuro y del tiempo, de la eternidad, como el "elixir del mito", por medio del tablero del Ekuelé.

Pero obsérvese que, cansado de todo lo anterior, traspasa a Orámbila tal poder para entregarse, una vez aburrido de los éxitos en el Güemilere, al amor de Ochún.

Es carácter curioso de los dioses yorubas el entregar sus poderes. Recuérdese que Olofi entregó sus poderes a los dioses o santos y él descansó en su ilé o casa en la montaña, dejando a los dioses que se ocuparan de los humanos y que recurrieren a él sólo en casos extremos por medio de Obatalá.

Pasemos ahora a la leyenda del "Chivo que Apesta a Berrenchín", leyenda que es objeto de un magnífico cuento de LYDIA CABRERA, intitulado "El chivo hiede" (6).

Cuenta esta leyenda que Ochún, la diosa rumbera, en todos los Güemileres o fiestas de los santos era objeto de admiración por parte de hombres y mujeres, de diosas y dioses, que veían en su belleza, su gracia y su elegancia el prototipo de la diosa bailadora. Todos los dioses la pretendían y era considerada como la más bella y hermosa de cuantas a dichas fiestas frecuentaban.

En una fiesta, cuando era objeto de requiebro de los hombres y la admiración de las mujeres, el chivo se le acercó. Ochún le pregunta cuál es su deseo y el chivo le responde pidiéndole su afoché, el oñi, el Aché de Ochún. Ochún promete entregarle el afoché, y más tarde le da una pequeña cajita como la de su Aché; el chivo, loco de contento. se frota con el contenido, la barba, el pecho, piernas, etc., y a partir de ese momento sufre el mal olor o hedor que llamamos berrenchín y por ello todas las mujeres le huyen. Es por tanto un castigo por haber pretendido el Aché de Ochún.

Según esta leyenda el chivo, representación genuina de los atributos masculinos, aspira a poseer el Aché de Ochún, esto quiere decir, las cualidades de la diosa que tan atrayente le hacían.

Quede bien claro que un elemento masculino, simbolizado en el chivo, pretende poseer los atributos femeninos de la diosa.

Forma inversa a la que la literatura freudiana nos tiene acostumbrados en la que la mujer es la que envidia el pene —añadiendo nosotros— como producto de la estructura cultural en que vivimos. Pero en esta leyenda se producen los hechos de modo opuesto. Es el Aché de Ochún, atributo femenino, el que es deseado por la representación masculina, el chivo.

Todo ello se debe a que la fuerte nota matriarcal que impregna la mitología Yoruba, hace que en su panteón las diosas tengan gran importancia tanto por su cantidad como por el rango que en dicho panteón ocupan.

Es de ese modo que tanto Ochún como Yemayá, Obatalá, Oyá, etc., representan un grupo de diosas de alto valor en el panteón lucumí, que aun cuando ha logrado su vertebración en forma vertical y llevar su jerarquización hasta el ápice donde se encuentra Olofi, obtiene en el conjunto de dieciséis obatalás, tanto machos como hembras, el equilibrio de las diosas madres y los dioses padres, lógica etapa de una cultura que al vertebrar su panteón acababa de producir el paso de su organización matriarcal a su estructura patriarcal.

Pasemos ahora a describir el rito del Plante o Baroko Ñáñigo. Se trata de un rito en el que se conmemora la unión o pacto entre los miembros de las tribus Efik y Efó de la zona del Calabar, al sur de Nigeria.

Dice la leyenda que en dicho pacto se acuerda dar muerte a Sikán, mujer hija del rey de Efó, Iyamba, la cual encontró en la tinaja con que buscaba agua en el río sagrado, a la encarnación de Abasí (Dios), el pez Tanze.

Ella entrega a su padre la tinaja y el pez, y éste los esconde, siendo la tribu feliz y próspera desde entonces.

Más tarde, Sikán se casa con Mocongo, hijo del rey Efik, Chabiaca, y le confía el secreto; éste lo comunica a su padre y los hombres de Efik demandan a las de Efó dicho secreto y llegan hasta el río sagrado, donde en lugar de guerrear, llegan a un pacto o Baroko en el que se crea la futura organización ñáñiga, organización secreta masculina y se acuerda dar muerte a Sikán, quien con su indiscreción llevó al borde de la guerra a ambas tribus.

En conmemoración de tales hechos, cuando se eleva un sacerdote o se da ingreso a un nuevo miembro en la sociedad de los ñáñigos, se realiza un

rito denominado Baroko o Plante, que rememora al Baroko o pacto celebrado mucho tiempo atrás en tierras africanas del Calabar.

La ceremonia o rito se realiza en una plaza o espacio libre que en un extremo tiene el Fambá o Templo y en el otro una ceiba.

En el Fambá es donde se realizan los ritos sacramentales y en su parte posterior hay un pequeño departamento llamado Fambayín en el que se instala el tambor sagrado Ekué. Junto al Fambá una Palma.

Al tambor Ekué se le puso primero como cuero la piel del pez Tanze, luego la de Sikán, pero con ellos su voz se apagaba, sólo que al usar la piel del chivo es que Ekué produce su voz misteriosa.

Del Fambá salen en forma ordenada como en una verdadera procesión, denominada Beromo, los sacerdotes, acólitos y diablitos, acompañando a estos va un acólito con un estandarte que lleva la piel del chivo extendida y a su lado un miembro vestido de mujer y con una tinaja en la cabeza.

Junto a la ceiba está atado el chivo al cual desatan y traen al Fambá.

Salen del Fambá nuevamente los sacerdotes y acólitos, así como el representante de Sikán, el del estandarte y el iniciado, el cual va descalzo y desnudo de la cintura para arriba y conduce al chivo.

Frente a la ceiba se hacen con yeso las marcas al iniciado. Se mata a un gallo y tras una ceremonia, en la que se duda por el encargado de hacerlo, se mata al chivo.

Se vuelve al Fambá, se ofrece el chivo. Su sangre y la cabeza del chivo se ofrece a Ekué; la sangre se entrega a Ekué y la cabeza a Ekueñón, esclavo de Ekué. La sangre del gallo se le ofrece al otro tambor sagrado, el Sese-Eribó; sale la procesión con el pellejo del chivo y llega a la ceiba y se le ofrece envolviendo el Eribó con el pellejo del chivo.

Se vuelve para el Fambá para una ceremonia consagratoria. En este rito de iniciación, el Iyamba pasa al Fambayín y con los ojos vendados hace vibrar al Ekué al fricarlo con un yin o güin, produciendo el ruido misterioso.

Sale nuevamente la procesión y todos realizan la comida totémica ingiriendo el chivo, el cual en pedazos y cocido por el cocinero Enkandemo, se entrega a todos los presentes.

Vuelven al Fambá y salen para beber la sangre; llegan a la ceiba, la cual rodean mientras a la puerta del Fambá sale Empegó y cierra el rito con un recitado.

En el trabajo que hubimos de presentar en el I Congreso Interamericano de Psicología, denominado "El Sacrificio Totémico en el Baroko Ñáñigo" (4) expusimos en extenso, tanto la leyenda como el ritual, de los cuales ofrecemos aquí el resumen necesario.

Dejamos entonces sentado este criterio, el cual fundamentábamos en el análisis comparado de ambos y llegamos a la conclusión de que el Baroko simboliza el pacto o fusión de los grupos masculinos que destronando a la jefa femenina Sikán, le dan muerte, en la leyenda, y a su sustituto, el chivo, en el ritual.

La ceremonia del Fambayín, eje del ritual, es en la que Iyamba, penetrando con los ojos vendados, hace vibrar al tambor Ekué al fricar el yin que sobre su cuero descansa y que al trasmitir la vibración al cuero este lanza el sonido misterioso.

Para comprender la simbolización del rito es necesario comprender asimismo el proceso deformador de la leyenda, la cual ha sufrido en su largo período de desarrollo la acción de los mecanismos psicológicos deformadores que en el proceso de creación del mito y el rito actúan al igual que en el sujeto en el caso de su sueño.

En el largo trayecto recorrido por la leyenda se ha desplazado a Sikán, jefa de la sociedad secreta femenina, al papel de hija de Iyamba y se ha ubicado a Iyamba en el papel de padre de Sikán como período final del desplazamiento una vez que en su figura se ha logrado la condensación de los elementos representativos del matriarcado como "Yya" o "madre" y los del patriarcado como jefe de la organización naciente masculina.

El cuero del chivo (masculino) y el yin (femenino), que por medio del Iyamba produce el sonido misterioso de Ekué, es la unión de ambos atributos y simboliza la necesidad de hacer hablar al Ekué en su cuero de chivo (masculino) por el yin (femenino), como el producto de la reivindicación que significa para el matriarcado el que su atributo, el yin, sea el que haga vibrar o hablar, vale decir, dar vitalidad al patriarcado o cuero de chivo (masculino). Todo ello como la natural compensación al organismo destruído y a la jefa asesinada (sikán) alentada por la culpabilidad que despierta su realización.

Como puede observarse, en Iyamba se produce una condensación por la cual los caracteres de la madre (matriarcado) y del jefe de la nueva organización (patriarcado) se fusionan en el mismo.

Ahora bien, su nombre Iya-mba contiene el femenino Iya, que significa madre (matriarcado) y su carácter de jefe de la misma organización secreta masculina (patriarcado) es el que nos habla de su papel en la misma.

No podía Sikán, la real jefa de la organización femenina, quedar como tal y por ello sufre un desplazamiento por el cual pasa a ocupar el lugar de hija.

Por otra parte Iyamba, que reúne en sí el proceso de condensación señalado, se desplaza y pasa a ocupar el papel de padre de Sikán, lo cual resulta una alusión, ya que así es el padre de la jefa de la organización femenina, esto es, el padre de la misma.

El pacto o Baroko que se realiza en una forma pacífica reúne a los hombres de ambos grupos y crea la nueva organización que preside Iyamba. De este modo la muerte de Sikán queda desplazada del primer plano, la muerte de la jefa de la organización secreta femenina realizada para arrebatarle el secreto, pasa a ser el resultado de la sentencia por la cual se le mata para que su piel haga hablar al Ekué. Pero aún en este proceso secundario su piel no hace hablar al Ekué; tiene que usarse el cuero del chivo (masculi-

no) para que ello se logre, con lo cual queda señalado que es el patriarcado o nueva organización masculina la que logra tal objetivo.

La culpabilidad que despierta el proceso de Sikán (las organizaciones matriarcales) es la que provoca el último símbolo cuyo ritual se desarrolla en el Fambayín y por el cual el tambor Ekué emite el sonido que produce la vibración del cuero del chivo (masculino) por la fricación del yin (femenino) como reivindicación para el matriarcado, ya que el rito ha incorporado el papel del yin que así, al fricar, hace vibrar al cuero. El espíritu del matriarcado con su atributo, yin, perdura y es capaz de alentar la esencia del patriarcado (el cuero del chivo, masculino), haciendo vibrar y con ello producir la voz del misterio, la voz de Ekué.

Esta compensación al organismo destituído y a su jefa asesinada, queda así de modo simbólico reunido en el rito del ceremonial fundamental de la organización patriarcal, esto es, la nueva organización secreta masculina, Abakuá o Ñáñiga.

Es de importancia capital el que observamos este predominio de diosas madres y de la representación matriarcal en una mitología que en forma sincrética con la religión católica produce la verdadera pantalla mitológica de un gran sector del pueblo cubano, por lo que significa de modificador a las concepciones elaboradas en otros medios. En una monografía que acabamos de publicar bajo el título de "Raíces Psicológicas del Cubano", señalamos la importancia de estos datos para la comprensión de los sistemas proyectivos del cubano.

En el trabajo que ya hemos mencionado, "Los factores culturales en algunos cuadros esquizofrénicos", al estudiar los bilongos —elementos de nuestro folklore de origen congo— pudimos reconocer la presencia de rasgos paranoides en la personalidad básica del cubano. Observando, asimismo, cómo la proyección paranoide en la pantalla folklórica del "bilongo" explica la presencia en el cubano actual de tales rasgos y cómo se han mantenido dándole vitalidad y permanencia al antiguo símbolo congo del "bilongo".

Llegando a observarse en algunos cuadros neuróticos cómo el "bilongo" influye en su patoplastia, y en el caso de determinados cuadros esquizofrénicos, cómo el propio bilongo penetra en el cuadro paranoide por su semejanza simbólica.

En el estudio de los sueños de un neurótico podemos destacar la importancia de los factores culturales en la psicoterapia, al extremo que así denominados dicho trabajo "Importance of cultural patterns in psychotherapy", pero podemos ahora agregar elementos folklóricos tomados de la figura mitológica de Ochún en el panteón yoruba y de igual modo su Aché u Oñí. Por lo tanto, de igual modo nos aporta dato eficaz en apoyo de la tesis de lo importante que resulta el estudio de los elementos folklóricos en psiquiatría.

La leyenda del chivo, el mito de Changó y el Baroko Ñáñigo son indudablemente indiscutibles factores folklóricos que nos aportan datos sobre la influencia matriarcal en el panteón yoruba y en la organización abakuá, dos agrupaciones negras de gran influencia en Cuba.

En "Raíces Psicológicas del Cubano" (5) decíamos en relación con el cubano y su familia: "La Familia tiene una fuerte influencia patriarcal que le viene por la raíz española, pero la raíz negra ha dado a la madre una vigencia mayor y asimismo ha roto la disciplina exageradamente rígida del "usted" y "padre", para dar paso al "tú", "papi" y el "viejo", quedando la estructura familiar en un plano menos de jerarquía y más de unión sanguínea, la cual se lleva a zonas mayores o menores del parentesco, según peculiares circunstancias en cada caso, quedando por tanto en la práctica cargada de un fuerte tono matriarcal.

La necesidad de mutuo apoyo, más que de jerarquía, caracteriza a la Familia.

Puede decirse que la influencia de una negra esclava cuidadora de niños criollos en la familia colonial, ya fue aflojando su disciplina patriarcal española y modificando el carácter familiar, haciéndola más matriarcal.

La característica de la familia cubana ha sido señalada aún por los que nos han estudiado, como la comisión de la Foreign Policy Association, que en un informe habla sobre un fenómeno observado por todos, esto es, la reunión de parientes en apoyo común en períodos de crisis y su separación cuando la situación económica mejora.

En "Problemas de la Nueva Cuba" (7) ya decía la comisión de la Foreign Policy Association: "En Cuba se encuentra más espíritu de familia y menos individualismo. La sociedad cubana es de tipo "familístico", es decir, que tiene a la familia como su base más esencial y su elemento más importante, y es este el vínculo que la mantiene unida y es una de las razones por las cuales la depresión ha causado menos sufrimientos en Cuba que las que debía haber producido de haber sido más débil el lazo que la une".

En nuestro medio venimos realizando con un grupo de compañeros estos estudios que comprenden tanto la cultura conga y carabalí como el panteón Lucumí, obra para la cual necesitamos aún algunos años. La aportación de FERNANDO ORTIZ, LYDIA CABRERA, ROCHE MONTEAGUDO, ISRAEL CASTELLANOS, JUAN LUIS MARTÍN, RÓMULO LACHANTAGAIRAIS y FABELO, nos facilitan la tarea y sirven de base, ya que a sus estudios folklóricos estamos añadiendo la interpretación simbólica.

En unión de los grupos de DÁVILA, en México, y SEGUÍN, en Perú, venimos desde hace algunos años en el grupo Latino Americano de Estudios Transculturales (GLADET) intentando el estudio del Latino Americano esperando que del esfuerzo común surja una teoría eficaz.

Por todo ello destacamos con perfil propio la importancia del estudio del Folklore para la Psiquiatría. Pero si bien es cierto que la importancia de la cultura en la psiquiatría es hecho en la hora actual indiscutible y el Folklore como expresión cultural queda incluído en ella, no es menos cierto que si aceptamos los conceptos de KARDINER de que el Folklore es una expresión de los sistemas proyectivos y que en él se proyecta la esencia de una personalidad, en una determinada cultura, comprenderemos toda su importancia.

En el folklore se ponen de manifiesto las tensiones que dominan en el medio en que se desenvuelve una personalidad dada.

Mientras mayores sean las tensiones, más complejos serán los sistemas proyectivos. Como dice KARDINER: "mientras menos ansiedades haya en la falta de desarrollo del individuo, más simples serán los sistemas proyectivos".

Por otra parte, la característica de los sistemas proyectivos de extenderse a situaciones que no tienen semejanza real con la experiencia en que se basan, fenómeno que se denomina extensión simbólica, nos habla de la influencia que sobre ellos ejerce el principio del placer. Son el resultado o consecuencia de experiencias traumáticas dentro del proceso de desarrollo.

Por tanto, mientras mayor la tensión y mayor la acción traumática, más complejos los sistemas proyectivos.

El Folklore producto fiel de la personalidad básica, fondo donde se reúnen los productos de una personalidad en una determinada cultura como expresión de sus sistemas proyectivos, es pues de vital importancia y debe conocerse y estudiarse a fondo por el psiquiatra.

## BIBLIOGRAFIA

1.— ABRAHAM, KARL : Traum und mythus. Viena, 1909.
2.— BUSTAMANTE, JOSÉ A. : The Importance of Cultural Patterns in Psychotherap. American Journal of Psychotherapy. Vol. XI, No. 4, Oct. 1957.
3.— BUSTAMANTE, JOSÉ A. : The Cultural Patterns in Schizophrenic. International Journal of Social Psychiatry. Summer, 1959.
4.— BUSTAMANTE, JOSÉ A. : El Sacrificio Totémico en el Baroko Ñáñigo. Revista Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina, Año VI, Tomo III, No. 8, Barcelona 1958.
5.— BUSTAMANTE, JOSÉ A. : Raíces Psicológicas del Cubano, Editorial Modelo, Habana, 1959.
6.— CABRERA, LYDIA : El Chivo Hiede. Por qué. Cuentos Negros de Cuba. Ediciones C. R., Habana 1948.
7.— Foreign Policy Association : Problemas de la Nueva Cuba, Cultural, S. A., Habana. 1934.
8.— FROMM, ERICH : El lenguaje olvidado, Hachette, S. A., Buenos Aires, 1957.
9.— JUNG, CARL : Transformaciones y símbolo de la libido. Editorial Paidos. Buenos Aires, Argentina, 1952.
10.— KARDINER, ABRAM : The individual and his Society. Columbia University Press, New York, 1939.
11.— KARDINER, ABRAM : Psychological frontiers of Society. Columbia University Press, New York, 1945.
12.— RINKLIN, F. : Wunscherfülung an Symbolic in Wärchen. Viena, 1908.
13.— RANK, OTTO : The myth of the birth of the hero. Robert Bunner, New York 1952.
14.— ROHEIN, GEZA : The Oedipus complex magic and culture. Psochanalysis and Social Sciences. Vol. 2, International University Press, New York, 1950.

# ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE LA INFORMACION Y LA SALUD MENTAL

## EL NIÑO Y EL JUGUETE

Por ALEJANDRO ROMUALDO

El juego, aunque considerado por algunos filósofos y pedagogos como una acción expansiva sin ningún fin que no sea el del puro esparcimiento en sí, constituye sin embargo uno de los aspectos educativos más importantes en la formación del niño, por su carácter eminentemente colectivo, por su repercusión individual y orientadora.

Hay juegos puramente individuales, que fomentan el desarrollo de la inteligencia o la imaginación (pasatiempos, adivinanzas, juegos matemáticos, etc.), y juegos que mantienen todo su origen colectivo, como sucede con los deportes, en general, y con los juegos de "la gallina ciega", "los escondidos", etc.

En el juego, el niño deja fluir libremente sus deseos y sus sueños. Se convierte en actor de dramas, comedias, y a veces, desgraciadamente, de tragedias. No son pocas las veces que muchos niños han perdido hasta la vida por jugar, y no por causa del juego sino del juguete. Una juguetería esmerada en un realismo peligroso, facilita al niño espadas, lanzas, flechas, instrumentos punzocortantes, como cuchillos, dagas, etc. Esta juguetería es sumamente dañina pues a causa de ella es muchísima la cantidad de niños que han perdido ojos o han sufrido heridas peligrosas.

Si por un lado el juguete cumple un rol positivo, por otro es un instrumento nocivo: al lado de la inocente cometa se emplaza la ametralladora, junto a la rubia muñeca se esgrime el cuchillo, los trompos y las bolas zumban menos que las flechas. Y al lado del juguete creador se halla el juguete destructor, que sirve de implemento para poner en práctica lo que ha leído en las revistas.

Si la etapa lúcida del niño es el umbral de su familiarización con la cultura, todo juego resulta así una versión ingenua de las realidades que circundan al hombre y sus creaciones sociales. Todo juego y todo juguete son reflejo de acontecimientos sociales, llevados al campo de la fantasía por el niño. Es casi su primer acto creador. Que este primer acto creador del niño

no se convierta en destructor es dependencia única y exclusiva de quienes responden por él.

Hoy más que nunca nuestros niños se hallan abandonados a una suerte de libertad que no discierne entre lo útil y lo pernicioso. Los padres y educadores contemplan con estupor la familiarización del niño con los juguetes de índole nociva, a la vez que todos somos testigos del atosigamiento de juguetes bélicos en las vitrinas y en los escaparates públicos: Es el colmo que en una fiesta de paz como la Navidad, el niño le pida a Papá Noël una bomba atómica o un proyectil teledirigido. ¡Y que encuentre quienes lo fabriquen!

Los niños cuentan con todo un arsenal de objetos militares, que exaltan la violencia, el odio y que le crean un síndrome morboso. Verdaderas batallas campales se realizan en los barrios, niños armados de fusiles, cascos, tanques se enfrentan con piedras y fulminantes a otros niños igualmente equipados. Si el juego y el juguete no son sino un deleite en sí mismo como quieren algunos filósofos y pedagogos, el crimen está justificado como un juego impune.

Inculcando al niño sentimientos agresivos, esta juguetería no cumple ciertamente con su rol social pedagógico. Ultimamente se ha fabricado un cuchillo de goma que al ser "clavado" deja escapar un chorro de agua roja... ¡sin embargo hay quienes dicen que el cuchillo es de goma!

Reconociendo el carácter formativo que desempeña el juguete en la formación del niño, dejo a consideración de esta mesa redonda las siguientes recomendaciones:

1) Recomendar a los parlamentos de los gobiernos latinoamericanos que prohiban la producción industrial de toda juguetería de carácter bélico;

2) Fomentar entre los industriales el desarrollo de una juguetería sana, educativa, beneficiosa para el niño y la sociedad, como la juguetería inspirada en instrumentos de labranza, carpintería, arquitectura, arte, mecánica, etc.

# EL TRABAJO MEDICO EN RELACION CON LA ESPECIALIDAD PSIQUIATRICA *

Por RAÚL JERÍ

*Definición*. En el momento actual la Asociación Psiquiátrica Peruana considera especialistas en psiquiatría a los médicos que son miembros activos de la institución y a los colegas declarados como tales por la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal de Lima. Ninguna otra persona tendrá derecho a titularse psiquiatra ni postular para cargos, como consultor en dicha especialidad, en los hospitales e instituciones preventivas, legales, docentes o de investigación, ya sean estatales o particulares.

La Asociación estima que todos los especialistas, incluyendo los psiquiatras, deben pertenecer a la Federación Médica Peruana, mediante la Asociación correspondiente. Los médicos en período de instrucción de post-graduados también deben estar obligados a federarse. Cuando se promulgue la ley del Colegio Médico existirá obligación absoluta de colegiarse y se inscribirá a todos los médicos de la República, especialistas o prácticos generales, en el Registro Médico.

El psiquiatra debe tener las prerrogativas y derechos conferidos a los diversos especialistas en relación a cargos directivos, conformación de comisiones, jerarquía académica y remuneraciones por servicios profesionales como especialistas.

La Asociación propugna el establecimiento de la carrera profesional en todas las instituciones del país, partiendo del escalón de interno y pasando sucesivamente por las categorías de residente-interno, residente-asistente, jefe de residentes, médico asistente, médico-jefe asociado, médico-jefe de servicio, médico-jefe de división o departamento, médico-director de hospital y médico-superintendente de hospitales.

Anualmente la Asociación y la Sociedad de Neuropsiquiatría remitirán a la Federación y al Colegio Médico la nómina de los nuevos miembros incorporados como miembros activos y reconocidos, por ahora, como especialistas. Cuando cambie el sistema de calificación de los especialistas en psiquiatría se hará de acuerdo con las modificaciones establecidas por los organismos de enseñanza de post-graduados y de supervisión estatal.

---

* Comunicación a la III Convención Médica Nacional, Lima, Julio de 1959.

En caso de expulsión de miembros, por conducta inmoral, actos criminales o grave actitud anti-gremial, las asociaciones mencionadas comunicarán la medida inmediatamente a la Federación y al Colegio Médico. Los especialistas separados de sus instituciones profesionales no podrán ejercer la especialidad durante el tiempo que dure la sanción.

La Asociación opina que deben establecerse normas y exámenes para reconocer especialistas en las diversas disciplinas médicas y quirúrgicas. Cuando se lleve a la práctica dicho proyecto se complementará con la publicación del Registro Médico, publicado anualmente, donde constarán todos los colegas de la nación, divididos en tres categorías:

a) Médicos generales, incluyendo a los recién egresados de las Facultades;
b) Especialistas;
c) Médicos que siguen cursos de especialización, consignando el lugar donde reciben el adiestramiento.

*Trabajo Psiquiátrico*. El psiquiatra puede trabajar en consultorio particular o en instituciones. Teniendo en cuenta la índole altamente confidencial de la labor psiquiátrica se respetará estrictamente el secreto profesional en todos los cargos y tipos de servicio, ya sea preventivo o asistencial, salvo en los casos de mandato judicial expreso, para colaborar con la administración de la justicia.

Las instituciones gubernamentales y privadas reconocerán los siguientes tipos de ejercicio profesional psiquiátrico:

1) Labor pericial: reconocimientos, informes y pericias psiquiátricas.

2) Labor preventiva: cargos como consejeros en escuelas, universidades, industrias, centros de trabajo, Ministerio de Salud Pública y otras instituciones oficiales.

3) Labor educativa: cargos como profesores de higiene mental, psicología, psicopatología, psiquiatría y psicoterapia en universidades, escuelas normales, escuelas de servicio social, escuelas de enfermeras e institutos de post-graduados.

4) Labor de investigación: cargos como consejeros o investigadores, en forma estable o transitoria, en proyectos estatales o particulares, realizados en la ciudad o en el campo.

5) Labor asistencial: cargos como consultores o terapeutas en hospitales generales, enfermerías, hospitales especiales (débiles mentales, psicópatas, criminales-psicóticos o psicópatas, epilépticos, adictos a drogas, alcohólicos, ancianos dementes) o en hospitales psiquiátricos generales.

El estado y las instituciones particulares reconocerán equivalencias, desde el punto de vista académico y pecuniario, en las labores mencionadas. Es decir que en cualquier cargo el psiquiatra obtendrá una remuneración mí-

nima por hora de trabajo, además de las bonificaciones que debe recibir por idoneidad, tiempo de servicios, posición en el escalafón profesional, experiencia y resultados logrados en la labor.

Las instituciones podrán contratar a los médicos de acuerdo con dos grandes rubros: especialistas y médicos en período de adiestramiento. Se considerarán especialistas a los que ocupen las siguientes posiciones en el escalafón profesional:

1) Médico Superintendente de Hospitales;
2) Médico Director de Hospital;
3) Médico Jefe de División;
4) Médico Jefe de Servicio;
5) Médico Jefe Asociado;
6) Médico Asistente.

Se considerarán médicos en período de adiestramiento a los que ocupen los siguientes puestos en el escalafón profesional:

1) Interno (Después de haber obtenido el título de Médico-Cirujano);
2) Residente-Interno (Residente de 1er. año);
3) Residente-Asistente (Residente de 2º año);
4) Jefe de Residentes (Residente de 3º y 4º año).

*Labores inherentes a la práctica psiquiátrica*. Además de las actividades médicas generales, el psiquiatra realiza labores asistenciales específicas, tanto en los hospitales como en la práctica privada. Los empleadores y organismos de control de los sistemas de seguridad social deben reconocer estas actividades, como parte integrante del ejercicio moderno de la medicina y remunerar apropiadamente los diversos procedimientos, empleados en la actualidad en la especialidad psiquiátrica. Las labores mencionadas son las siguientes:

1) La primera entrevista psiquiátrica, donde se realiza el estudio clínico y psicodinámico inicial, en un período de tiempo que oscila entre 60 y 120 minutos.

2) Las consultas psiquiátricas ordinarias, cuya duración puede tomar de 30 a 60 minutos, pero nunca menos de 30 minutos por entrevista.

3) Los diversos tratamientos físicos: electrochoque, narcoterapia, insulinoterapia, electronarcosis, lobectomía retro-orbitaria, electroestimulación, abreacciones con drogas y otros procedimientos. El tiempo mínimo de aplicación, considerando el período de tratamiento y la fase de recuperación es de una hora en cada tratamiento, con excepción del coma insulínico que dura 4 horas y requiere cuando menos 1 hora de supervisión médica constante.

4) Los diversos tratamientos psicológicos: hipnosis, psicoterapia analítica, psicoanálisis ortodoxo, psicoanálisis abreviado, psicoterapia de base ana-

lítica, psicoterapia sectorial, psicoterapia en psicóticos, psicoterapia siguiendo la técnica de la psicología individual, análisis existencial, psicoterapia de grupo, psicodrama, psicoterapia de juego con los niños y otras técnicas. Estos procedimientos toman de 1 a 3 horas para su realización en cada sesión, con un mínimo de 60 minutos.

5) Aplicación de tests mentales proyectivos y psicométricos en el estudio clínico de los pacientes, tales como el psicodiagnóstico de Rorschach, la prueba de apercepción temática, la escala de Wechsler-Bellevue, las matrices progresivas de Raven, el inventario multifásico de la personalidad y otros procedimientos. Las técnicas mencionadas toman de 1 a 2 horas para su aplicación e interpretación, por cada paciente.

6) La supervisión del modo y forma como aplican los tratamientos físicos y psicológicos los psiquiatras en formación, es decir los médicos que siguen cursos de post-graduados en la especialidad psiquiátrica.

Es obvio que por la naturaleza especializada de cada una de las técnicas que se han mencionado, que requieren años de aprendizaje y supervisión, así como por el tiempo prolongado que necesitan para aplicarlas, deben recibir consideración distinta de las consultas médicas ordinarias, como se ha venido haciendo hasta el presente por los organismos de control de los Seguros.

La Asociación Psiquiátrica Peruana y la Sociedad de Neuropsiquiatría determinarán, periódicamente, los nuevos procedimientos aceptables en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas. También declararán periódicamente las técnicas que deben abandonarse, cuando resulten anticuadas o superadas por otros métodos, en los procedimientos mencionados se tomará en cuenta, para la remuneración, el tipo específico de la labor realizada y el tiempo necesario para llevarla a cabo. El tiempo mínimo será de 1/2 hora por consulta psiquiátrica ordinaria.

Las sesiones de psicoterapia podrán ser de 1/2 a 1 hora. Los tratamientos hipnóticos o de grupo generalmente tendrán una duración de 1 y 1/2 a 2 y 1/2 horas. Las sesiones psicoanalíticas tendrán tarifa especial, de acuerdo con la experiencia, debidamente acreditada, del analista tratante. Las sesiones de psicoterapia de grupo, en adultos o niños, prolongadas generalmente a 2 ó 3 horas, tendrán también cotización especial.

*La psiquiatría en las instituciones*. La práctica en instituciones y hospitales tendrá remuneración a base de hora de trabajo, comparable a la de las otras especialidades. Existirá escala de haberes, de acuerdo con el escalafón profesional, experiencia y tiempo de servicios de cada psiquiatra, pero, la remuneración básica horaria, para cada especialista, tendrá un mínimo de acuerdo con el costo de la vida, en relación con las oscilaciones del valor adquisitivo de la moneda nacional.

Para postular cargo en los hospitales se seguirá un procedimiento uniforme, tomando en cuenta los siguientes factores:

1) Edad del postulante;
2) Estado de salud;
3) Experiencia debidamente acreditada;
4) Demostración de capacidad mediante un examen;
5) Antecedentes legales y éticos.

Los tres primeros puntos son básicos en cualquier organización médica moderna y aceptados universalmente, por tanto nos abstenemos de comentarlos. En cuanto al examen de capacidad, este debe rendirse ante un jurado constituido por el Jefe de Servicio o de División, el Director del Hospital o instituto, un representante de la Asociación Psiquiátrica Peruana, un representante de la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y un representante de la organización de adiestramiento de post-graduados en la especialidad psiquiátrica, cuando exista. El ingreso a cualquier posición del escalafón hospitalario se hará exclusivamente por orden de méritos, así como los ascensos. Los antecedentes penales o delictivos, las actitudes antigremialistas o inmorales en la práctica médica, constituyen calificaciones desfavorables para la petición a cargos como especialistas. Cualquier médico de hospital puede postular a cargos vacantes en otro nosocomio, siempre que llene los requisitos mencionados antes. Existiendo equivalencia de salarios, en cada puesto del escalafón, en todos los institutos estatales o privados, el médico puede ascender, pasando de una institución a otra, evitándose así la prolongada permanencia en un puesto inferior a sus capacidades. La edad obligatoria para el retiro será de 65 años. Al jubilarse, cada médico recibirá el salario correspondiente al que percibía hasta el momento del retiro, durante el tiempo que viva.

*Profesiones Auxiliares de la Psiquiatría*. Con respecto a las profesiones auxiliares de la psiquiatría (psicólogos clínicos, psicólogos experimentales, asistentas sociales, terapeutas de trabajo, terapeutas recreativas, fisioterapeutas, foniatras, enfermeras psiquiátricas y auxiliares psiquiátricos) la Asociación Psiquiátrica Peruana opina que deben trabajar en instituciones o servicios psiquiátricos, bajo permanente supervisión de psiquiatras o de médicos.

El ejercicio independiente o privado de la psicoterapia individual o de grupo, laborterapia, hipnosis u otros métodos, con fines de curación, sin control de la profesión médica, entraña serios peligros para la salud de los enfermos, constituye ejercicio ilegal de la medicina y en consecuencia no debe permitirse. La práctica de procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico por personas que no son miembros activos de la Asociación Psiquiátrica Peruana o de la Sociedad de Neuro-Psiquiatría de Lima, constituye también, en el momento actual, ejercicio ilegal de la especialidad psiquiátrica.

*Conclusiones.*

1) En el momento actual debe considerarse como especialistas en medicina psicológica a los colegas que hayan prestado servicios en departamen-

tos psiquiátricos, cuando menos durante cinco años consecutivos, dedicándose en la práctica privada a labores exclusivamente psiquiátricas, comportándose dentro de las normas de la ética médica, respetuosos de las directivas del gremio y aceptados como miembros activos de la Asociación Psiquiátrica Peruana o de la Sociedad de Neuro-Psiquiatría de Lima.

2) Es necesario que se establezcan normas para la calificación de los diversos especialistas médicos y quirúrgicos, incluyendo a los psiquiatras.

3) El trabajo psiquiátrico requiere mantenimiento del secreto profesional, tanto en la práctica privada como en la institucional. El diagnóstico psiquiátrico no debe figurar en los documentos a revisar por los funcionarios no médicos de los seguros.

4) Existen diversos tipos de actividad psiquiátrica, distintos a los procedimientos médicos usuales, que deben ser reconocidos por el estado, las instituciones privadas y los seguros. El reconocimiento implica adecuada remuneración en cada procedimiento.

5) Debe establecerse el escalafón profesional en todos los centros donde se otorgue trabajo al médico. Existirá equivalencia de salarios en cada posición, tanto en las instituciones privadas como en las estatales.

6) El ingreso de los médicos a las instituciones se hará por concurso, obteniendo los cargos exclusivamente por orden de mérito.

7) Las profesiones paramédicas, auxiliares de la psiquiatría, deben estar bajo supervisión médica, en las diversas instituciones. Constituye ejercicio ilegal de la medicina la práctica privada, en pacientes ambulatorios u hospitalizados, de dichos profesionales.

8) La práctica de la medicina psicológica, por colegas que no reúnan las calificaciones establecidas por la Asociación Psiquiátrica Peruana y la Sociedad de Neuro-Psiquiatría, constituye ejercicio ilegal de la psiquiatría.




# CONCEPCIONES SOBRE MEDICINA POPULAR EN PACIENTES NEUROTICOS

## CAPITULO II. CUELLO Y TORAX

Por Oscar Valdivia Ponce y Sergio Zapata Agurto

### INTRODUCCION

El presente artículo es la continuación de una investigación que hemos realizado con el fin de determinar las concepciones que sobre medicina popular tiene el paciente neurótico en nuestro medio. Esta investigación tuvo como material de estudio a un grupo de 100 pacientes neuróticos, varones, que se atendían en el Consultorio Externo de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima. Estos pacientes, como lo habíamos expuesto en el artículo anterior (1), mantenían buen contacto con la realidad y estaban en un período de franca mejoría.

El método de estudio estuvo representado por la entrevista bipersonal que se seguían mediante un cuestionario que contenía tres preguntas básicas a las que se agregaban otras de tipo esclarecedor con respecto a las primeras. Las preguntas básicas tenían por función averiguar los conceptos de la fisiología de los órganos, de la etiología de las enfermedades de dichos órganos y de la terapéutica. Las preguntas se repetían frente a cada órgano en la siguiente forma: "¿Cuál es su función?", "¿Por qué se enferma?" y "¿Cómo se cura?". Vale decirlo, que siempre hemos aclarado las preguntas tratando de ser más explícitos a fin de dejarnos entender y obtener una respuesta.

### RESULTADOS

Los resultados obtenidos referentes a la edad, condición civil, procedencia, grado de instrucción y diagnóstico, de nuestro grupo estudiado, han sido ampliamente expuestos en nuestro primer artículo de esta investigación (1). De tal modo que para evitar repeticiones los suprimiremos en esta comunición. Vamos entonces a referirnos directamente a los conceptos vertidos con respecto al cuello, tórax y órganos de la cavidad torácica.

CUELLO

Las funciones del cuello fueron determinadas a través de las siguientes concepciones:

1) Función de deglución. 56 pacientes considerando el cuello como cavidad faríngea, le asignaron la función de "pasar los alimentos".

2) Función motora. 32 respuestas dieron al cuello la función de "dar movilidad a la cabeza".

3) Función de sostén. 24 respuestas indicaron que el cuello "servía para sostener la cabeza".

4) Función de fonación. 17 pacientes le asignaron una función laríngea, al afirmar que su función era la de emitir la voz.

5) Función respiratoria. 8 respuestas indicaron que la función esencial del cuello era la respiratoria.

6) Función de conexión. 5 pacientes limitaron la función del cuello a la de unir el tronco y la cabeza.

Un grupo de 15 pacientes afirmó desconocer la fisiología del cuello.

*Etiología de las enfermedades del cuello.* La etiología de las afecciones del cuello, según la versión de nuestros pacientes, se puede dividir en los siguientes factores:

1) Factores infecciosos. "Las infecciones", como factor etiológico de las afecciones al cuello pueden tener localización externa o interna. Las infecciones internas fueron señaladas por 56 pacientes como causa indiscutible de las "anginas", "infección a la garganta", "infección a las amígdalas", "infección a los bronquios", "del asma", "de la tos" y de la "tisis a la laringe". Las infecciones externas como agentes etiológicos, fueron consideradas por 31 pacientes y ellas eran las causantes, en la superficie del cuello, de "los granos", "eczemas", "las manchas" y "las paperas".

2) Medios físicos. 33 pacientes acusaban al aire, frío y humedad ser los agentes causantes de "el aire" (tortícolis).

3) Factores traumáticos. 16 respuestas culpaban a "los golpes" y a la "mala posición del cuello" en la almohada durante el sueño ("dormir mal") ser los factores determinantes de los "dolores" y de las "torceduras".

4) Agentes tóxicos. Afirmaron 5 interrogados que los "tóxicos", como el cigarro y el "licor" producen "las inflamaciones a la garganta".

5) La falta de higiene. "La falta de higiene" fue puntualizada por 5 pacientes, como agentes causantes de los "salpullidos", "eczemas" y "granos".

6) La tuberculosis. 4 pacientes consideraron que "la tuberculosis" era el agente responsable de la "tisis a la laringe".

7) El desgaste físico. Dos respuestas afirmaron que el "desgaste físico" ocasionado por "el mucho trabajo" y "la pobre alimentación" determinaba las "afecciones a la garganta".

8) El contagio. "El contagio" como responsable de las "afecciones a la garganta" fue indicado por dos pacientes.

Ocho pacientes negaron poseer conocimiento de la etiología de las afecciones a "la garganta". Un paciente afirmó que el cuello nunca se enfermaba.

*Terapéutica*. La terapéutica indicada para las "afecciones al cuello" se puede sistematizar en los siguientes grupos:

1) Las gárgaras y los toques. Las "gárgaras" y los "toques" fueron indicados por 38 pacientes. Los interrogados afirmaron que los colutorios y los "toques" de Aseptil, Alcohol yodado, agua oxigenada, penicilina, limón, coca y nabo daban resultados maravillosos en las "inflamaciones a la garganta" y en los casos de "infección de las amígdalas".

2) Las frotaciones. 27 pacientes recomendaron las frotaciones de Nixoderm, Mentholatum, Charcot, Menthol, Arnica, Antiflogistina y talco para tratar "el aire" (tortícolis) y "los dolores".

3) Los emplastos. Los emplastos de llantén, ruda y "otras yerbas" aplicados directamente sobre la zona afectada fueron recomendados por 9 pacientes.

4) Medios físicos. Seis respuestas recomendaban "los masajes" y el "calor", este último administrado a través de "franelas calientes" y "botellas de agua caliente" para tratar "el aire" y "los dolores".

5) Tratamiento quirúrgico. El tratamiento quirúrgico fue indicado por 9 pacientes para extirpar "las amígdalas inflamadas", "las amígdalas grandes o infectadas".

6) Las inyecciones. 4 respuestas prescribían las inyecciones de penicilina para "curar" "cualquier infección a la garganta".

7) Medicación oral. La medicación por vía oral de las "sulfas" fue indicado por 3 pacientes para "las infecciones a la garganta".

8) Tratamiento médico. 15 pacientes dejaron a menos del médico el tratamiento de las afecciones del cuello.

38 miembros del grupo investigado afirmaron desconocer la terapéutica indicada para esta parte del cuerpo humano.

*Discusión*. Es interesante observar como los pacientes están mayormente interesados por lo que hay dentro del cuerpo que de su superficie y cuando se refieren a una parte externa del cuerpo humano, identifican la superficie externa de esta parte con lo que hay detrás de esa superficie. Refiriéndose al cuello la mayoría ignoró propiamente el cuello para referirse a los órganos internos y a las funciones de esos órganos. Es indudable que la función oral de deglución tiene amplia resonancia, en nuestros pacientes, sobre las funciones respiratorias y de fonación.

En la etiología de las afecciones del cuello se pone en evidencia la identificación del cuello con los órganos que pasan a través de él, a tal extremo que casi se ignora las afecciones que corresponden al cuello en sí para referirse a las afecciones faríngeas, laríngeas y bronquiales. La terapéutica estuvo indicada siguiendo el mismo criterio. Los conceptos populares de que

"las personas de cuello corto" están predispuestas a los "ataques cardíacos" y tienen "vida corta" y las de "cuello largo" a las "anginas" y tienen "larga vida" reflejan la identificación a que nos referimos.

## PARTE ANTERIOR DEL TORAX

En el lenguaje popular se designa a la parte anterior del tórax con el nombre de "pecho". Escudriñando el conocimiento de nuestro material de estudio con respecto a la función que el "pecho" desempeña con relación al cuerpo, las respuestas obtenidas se pueden agrupar en el siguiente orden:

1) Función motora. 21 pacientes asignaron al pecho" una actividad motora que se hace evidente por el tipo de respuestas: "sirve para hacer fuerza", defenderse", "sostener el cuerpo", "dar movimiento a los brazos", "cargar" y "dar fuerza al cuerpo".

2) Función protectora. 19 pacientes afirmaron que el "pecho" cubre y protege los órganos internos (pulmones, bronquios y corazón).

3) Función respiratoria. 18 pacientes identificaban el "pecho" con los pulmones al asignarle la función de respirar.

4) Completar la forma del cuerpo. 4 respuestas afirmaron que la función del "pecho" era la de "completar el cuerpo humano".

38 pacientes ignoraban qué función asignar a esta parte del cuerpo.

*Etiología de las afecciones del pecho*. Los factores etiológicos de las enfermedades al "pecho" enunciados por nuestro grupo investigado se pueden consignar en el orden siguiente:

1) Factores infecciosos. Las infecciones como agentes causantes de las bronquitis, anginas y tos fueron mencionadas por 33 pacientes.

2) Factores traumáticos. 29 pacientes acusaban a "los golpes" ser los causantes de los "dolores al pecho y al corazón".

3) Medios físicos. 10 pacientes acusaban al frío, humedad y cambios bruscos de temperatura ser la causa de las "afecciones a los bronquios" y de los "resfríos".

4) Alimentación deficiente. 6 pacientes afirmaron que la "poca comida" podría ocasionar las infecciones crónicas a la "caja" (pulmones).

5. El mucho trabajo. "El mucho trabajo" fue señalado por 6 pacientes, como agente de la "tuberculosis", "afecciones a los bronquios" y al corazón.

6) Los contagios. Un paciente señaló "el contagio" como agente de las "afecciones al pecho".

36 pacientes negaron poseer conocimientos sobre el origen de las afecciones al "pecho". Hubo un paciente que afirmó que el "pecho" no se enfermaba.

*Terapéutica*. La terapéutica formulada por nuestro grupo estudiado se puede sistematizar en los siguientes grupos:

1) Las frotaciones. 30 pacientes prescribieron las frotaciones de Charcot, Kerosene, árnica, alcohol, Menthol, mantequilla de cacao, antiflogistina y talco para los "dolores", "resfríos", "el frío" y "el aire".

2) Ingestión de remedios caseros. 10 pacientes recomendaron las "cosas calientes", "la toronja", "achicoria" y las "verduras" para tratar las "gripes y los resfríos".

3) Medicación por vía oral. 10 pacientes indicaban las "sulfas", el "Vitace" y los "jarabes" tipo expectorantes como medicamentos maravillosos para curar las afecciones ya mencionadas.

4) Medios físicos. 3 respuestas indicaron el "calor" y el "abrigo" para curar las bronquitis.

5) Las inyecciones. 7 pacientes recomendaron las "inyecciones tónicas" para "curar" las afecciones respiratorias.

6) Tratamiento médico. 13 pacientes indicaron que la vía a seguir en caso de afecciones "al pecho" era "consultar al médico".

41 miembros del grupo estudiado afirmó desconocer las armas terapéuticas para curar estas afecciones.

## PARTE POSTERIOR DEL TORAX

A la parte posterior del tórax se le designa en el lenguaje popular con el nombre de "espalda". Las funciones que se le asignaron fueron las siguientes:

1) Función motora. 40 pacientes afirmaron que la "espalda" "servía" para "hacer fuerza", "trabajar" y "cargar bultos".

2) Función protectora. 18 respuestas indicaron que la espalda tiene la función de proteger los pulmones.

3) Función de reposo. 11 pacientes afirmaron que la "espalda" servía para "reposar", "echarse", "recostarse", "acostarse" y "descansar".

4) Función respiratoria. 11 respuestas asignaron una función respiratoria.

5) Dar forma al cuerpo. 6 pacientes afirmaron que la espalda tenía la importante función de "dar la forma al cuerpo".

14 pacientes no pudieron informarnos sobre qué papel o función podía tener esta parte del cuerpo.

*Etiología de las afecciones a la espalda*. De acuerdo a los informes obtenidos, la etiología de las afecciones a la "espalda" se puede dividir en:

1) Agentes físicos. 40 respuestas acusaban al frío, aire, humedad, calor y "agua fría" ser los causantes del "dolor de espalda", "costado", "el aire", "el frío" y los "salpullidos", este último exclusivamente por acción del calor.

2) Factores traumáticos. 35 respuestas indicaron que los "golpes" eran la causa de los "dolores de espalda", "vómitos de sangre" y de la "pulmonía".

3) Desgaste físico. 16 pacientes asignaron al "desgaste físico", producido a su vez por la "debilidad" (que para algunos era de naturaleza hereditaria) y la "vida desarreglada", ser el causante de "tocarse de la caja" (T. B.C.) y del "dolor de espalda".

4) El mucho trabajo. 16 pacientes culparon al "mucho trabajo" ser la causa de "tocarse de la caja" (T.B.C. pulmonar).

5) Alimentación deficiente. 9 pacientes señalaron que la "falta de una buena alimentación" precipitaba las "enfermedades del pulmón".

6) Los resfríos. 8 respuestas indicaron que "los resfríos" producían "el dolor de espalda".

7) La tuberculosis. 8 respuestas afirmaron que la "tuberculosis" podía atacar a la "caja" (pulmones).

8) La sangre mala. "La sangre mala" como causa del acné, que aparece en la espalda, fue puntualizada por 5 pacientes.

9) Los contagios. Para 3 pacientes "los contagios" producían las "afecciones al pulmón.

Fueron 17 pacientes los que manifestaron no conocer "las causas" de las "afecciones a la espalda".

*Terapéutica*. La terapéutica recomendada por nuestro grupo de estudio se puede sistematizar en el siguiente orden:

1) Frotaciones. 59 pacientes prescribieron frotaciones de: Charcot, árnica, kerosene, alcohol, petróleo, kreso, trementina, linimento Sloan, "sebo de culebra", "grasa de burro" e "infundia de gallina" para las diferentes afecciones a la "espalda".

2) Aplicación externa de remedios caseros. La aplicación a la espalda de "emplastos de yerbas", en especial de "molle", y "papas", de papel de periódico y de los diferentes tipos de "parches" fue recomendado por 15 pacientes para tratar "el dolor de espalda", sacar "el aire" y "el frío" y para las "lastimaduras" (nombre dado cuando se cree que "los huesos no están en su sitio").

3) Los masajes. Fueron recomendados por 5 pacientes en casos de "dolor de espalda".

4) Las ventosas. "Las ventosas" darían resultados magníficos para "sacar el aire" y "el frío" que produce el dolor de espalda, según la opinión de 6 pacientes.

5) Medicación por vía oral. 12 respuestas recomendaban los "tónicos", "Vitaminas y "las sulfas" para cualquier afección a "la caja".

6) Remedios caseros por vía oral. 6 pacientes prescribieron "las cosas calientes" y los "emolientes" para las afecciones respiratorias de cualquier tipo.

7) El reposo y el cambio de clima. El reposo y el cambio de clima fue señalado por 6 pacientes para "curarse de la caja".

8) Las inyecciones. Las inyecciones de tipo "antibióticos" fue indicada por 3 pacientes.

9) Tratamiento quirúrgico. En la opinión de dos pacientes la "operación" era indicada para poder "curar los pulmones picados" (lesiones pulmonares).

10) Tratamiento médico. 9 pacientes prefirieron referir los casos de patología de la "espalda" al médico y sólo uno al "curandero" para que "le arregle la lastimadura".

19 pacientes negaron conocimiento terapéutico para tratar las afecciones de la espalda.

*Discusión.* Analizando el conocimiento de nuestros pacientes, sobre la parte anterior del tórax o "pecho", es fácil desprender dos concepciones importantes: Una que se refiere a la fuerza o actividad física y la otra que parece identificarse con el árbol bronquial o aparato pulmonar. La primera concepción tiene sus raíces en la tendencia popular de identificar la fuerza y la actividad en los llamados "molleros" (biceps) y en la amplitud y musculatura del "pecho". La segunda concepción puede tener sus raíces en el mecanismo propio de la respiración y en la patología bronquial (diferentes tipos de bronquitis y en especial las asmatiformes), casos en los que los signos bronquiales se dejan sentir a través del "pecho"; estos signos que pueden ser de tipo sibilantes y roncantes, han contribuído a través de las expresiones: "le ronca el pecho", "le silba el pecho" y "se le cierra el pecho" a identificar la pared anterior del tórax con el aparato respiratorio. Las funciones que se le asignan al "pecho" merecen también análisis. La función protectora que le asignaron un número de pacientes, tiene un explicación más racional y lógica.

En la etiología de las afecciones se ve también la identificación de la pared torácica y el aparato pulmonar o respiratorio; ya que cuando a los pacientes se les preguntaba por las causas que podrían afectar la pared anterior del tórax, ellos llanamente se referían a los agentes etiológicos de las afecciones respiratorias. La palabra "pecho" tiene significado representativo de la parte anterior del tórax y del aparato respiratorio. En los resultados hay un predominio de los factores etiológicos del tipo traumático y de aquellos que se refieren a las afecciones puramente respiratorias.

La terapéutica se orienta siguiendo las dos direcciones etiológicas de la patología del "pecho": la pared torácica y el aparato respiratorio.

La parte posterior del tórax o "espalda" tendría dos funciones opuestas una que se refiere a la actividad, trabajo y fuerza y la otra que se refiere al reposo y al descanso. Esto explica las concepciones populares de "hay que poner el hombro", "tienes buenas espaldas para que aguantes", "espaldas de nadador" o las concepciones opuestas de "estás echado de espaldas" o "está tirado de espaldas".

La función respiratoria, como en el caso del pecho, es el resultado de la identificación de los pulmones con la espalda. La función protectora tiene también un significado similar al del pecho.

La etiología también se orienta refiriéndose a los pulmones y a la pared torácica; lo mismo se puede decir de la terapéutica.

PULMONES

Para nuestro grupo estudiado la fisiología pulmonar se puede devidir en cuatro funciones fundamentales:

1) Función respiratoria. La función respiratoria fue señalada por 82 pacientes.

2) Función de desintoxicación. Esta función consiste en "la limpieza y eliminación de tóxicos del organismo" y fue señalada por 8 pacientes.

3) Función de resistencia física. Un grupo de 8 entrevistados consideró a los pulmones como "el centro de la resistencia física del organismo".

4) Función de fonación. "2 pacientes asignaron a los pulmones una función de fonación, especialmente en el incremento de la voz ("Hablar fuerte").

Solamente un grupo de 9 pacientes negaron conocer la función del aparato pulmonar en el organismo humano.

*Etiología de las afecciones pulmonares.* Dirigida la encuesta sobre el aspecto etiológico de las enfermedades pulmonares los resultados obtenidos se pueden sistematizar en los siguientes grupos:

1) Alimentación deficiente. El 63% del grupo examinado afirmó categóricamente que la causa de las enfermedades pulmonares (tuberculosis, neumonía, etc.) residía en alimentarse con dietas pobres en calidad y cantidad.

2) El desgaste físico. Se obtuvieron 58 respuestas señalando como causante de la tuberculosis al "desgaste físico", originado a su vez por el "mucho trabajo" y "la mala vida". La mala vida consiste según nuestros informantes en "pasar malas noches", "farrear en exceso", en "hacer mucho uso sexual" y en los "descuidos". "Los descuidos" consisten, a su vez, en no prestar atención al cuidado que el cuerpo necesita y a las "imprudencias" (enfriamientos bruscos).

3) Los contagios. 20 interrogados pusieron énfasis en el contagio directo como el agente primordial de las enfermedades del tipo tuberculosis y gripes.

4) Agentes físicos. 31 respuestas indicaron al frío, humedad y cambios bruscos de temperatura como agentes causantes de las "gripes, resfríos y pulmonías". El aire fue señalado como el culpable de los "dolores al costado" y de la pleuresía. El polvo y los "aires viciados" fueron considerados como los agentes de la tuberculosis.

5) La debilidad. Para 14 examinados "la debilidad" era el factor etiológico de la tuberculosis. Esta debilidad, según su propio concepto podría ser heredada o producida por el llamado "desgaste físico".

6) Los traumatismos. 12 personas consideraron que "los fuertes golpes" recibidos en la "espalda" determinaba la tuberculosis y la hemotipsis.

Un grupo de 5 personas indicó ignorar los factores etiológicos de las afecciones pulmonares.

*Terapéutica*. La terapéutica indicada por nuestro grupo se puede dividir en:

1) Tratamiento dietético. 40 miembros del grupo investigado se pronunciaron por una dieta rica en carne, leche y huevos como factor indispensable para "poder curar" la tuberculosis.

2) Las inyecciones. 30 pacientes prescribieron las inyecciones de Estreptomicina, "Ambistrin" y de Calcio como "remedios maravillosos" para tratar la tuberculosis y la "pulmonía".

3) Medicación por vía oral. 15 respuestas indicaron las "vitaminas", "los tónicos" y la Terramicina para tratar la tuberculosis.

4) El reposo. 20 de nuestros interrogados se pronunciaron por "el reposo" como factor terapéutico decisivo en el tratamiento de la tuberculosis.

5) Los remedios caseros. 15 respuestas recomendaban para los resfríos y la tuberculosis, los ajos, las cebollas, los "mates" de tilo, llantén y eucaliptus, el "caldo de ranas" y las "cosas calientes".

6) El cambio de clima. 13 pacientes se pronunciaron por el cambio de clima como medio terapéutico eficaz para "curar" la tuberculosis. Se puso énfasis en que zonas de altura como Jauja, Huancayo y Chosica eran muy buenas por existir allí "aire puro con mucho oxígeno". Además estos mismos pacientes recomendaron "regular la vida" para los que cometían "abusos" con su cuerpo llevando "una vida desarreglada".

7) Tratamiento quirúrgico. 9 pacientes indicaron que la "operación" era decisiva para tratar la tuberculosis y los "tumores".

8) Tratamiento médico. 6 pacientes aconsejaron que frente a cualquier enfermedad pulmonar, era preciso someterse a "tratamiento médico" con el "especialista".

9) Las frotaciones. 4 respuestas prescribieron "las frotaciones" de trementina para los casos de "pulmonía y costado".

10) El neumotórax. Dos interrogados afirmaron que el mejor tratamiento para la tuberculosis era "el neumotórax".

11) Ejercicios respiratorios. Hubo un paciente que proponía "los ejercicios respiratorios profundos para oxigenar los pulmones y así curar la tuberculosis".

Hubo un paciente que manifestó deconocer los agentes terapéuticos para tratar las enfermedades pulmonares.

*Discusión*. Es evidente que la mayoría del grupo estudiado reconoce que la función fundamental de los pulmones es la respiratoria. Sólo un escaso número le asigna funciones de desintoxicación, resistencia y fonación. Se puede colegir que la función de "resistencia física" está en relación a la idea y hecho que las enfermedades pulmonares del tipo tuberculosis agrava el estado general y la salud física. Además este concepto de "resistencia física" está en relación también a la identificación de los pulmones con las paredes torácica y ya estamos informados que ellas son símbolo de fuerza, actividad y resistencia físicas. Llama la atención que un 9% no tenga un concepto acer-

ca de la función del aparato pulmonar en el organismo humano; sin embargo manifestamos nuestras dudas sobre este porcentaje; puesto que puede ser posible que por factores inhibitorios algunos pacientes no hayan podido o querido darnos sus ideas o conceptos en este sentido.

Es importante reconocer la importancia que se da a la falta o pobre ingestión de alimentos como agente etiológico decisivo de las enfermedades pulmonares. Este concepto nos permite concluir que una deficiente incorporación de sustancias alimenticias trae el desgaste del órgano y su enfermedad como resultado. La idea del "desgaste físico" que es común en un 58% es, también, como el concepto de la "alimentación deficiente", una explicación lógica de enfermedad y captada de la realidad viviente; es decir el órgano se enferma por falta de incorporación o por desgaste excesivo.

Vale mencionar que los agentes físicos de frío, humedad y cambios bruscos de temperatura fueron también populares en nuestro grupo como agentes de diferentes enfermedades del aparato respiratorio.

Por las expresiones vertidas por los pacientes se puede concluir que al hablar de pulmones incorporan en este concepto a los bronquios, pared anterior y posterior del tórax y las fosas nasales; y que al referirse a las enfermedades pulmonares se refieren, casi la mayoría, a la tuberculosis.

La terapéutica de las enfermedades pulmonares es consecuencia lógica del concepto de enfermedad y del conocimiento de la etiología; de aquí se comprende que el regimen dietético, las inyecciones y medicación por vía oral hayan sido mencionados por la mayoría de los pacientes.

De todos los conceptos vertidos, sobre la patología y terapéutica pulmonar, por nuestros pacientes surge claramente que hay una mezcla de conceptos científicos con los puramente populares.

## CORAZON

En el concepto popular de nuestros pacientes la fisiología del aparato cardiaco estuvo representada por las siguientes funciones:

1) Función circulatoria. 58 respuestas asignaron categóricamente al corazón una función netamente circulatoria: "hacer circular la sangre".

2) Centro vital. 34 respuestas dieron al corazón la función de "centro vital", es decir la función de mantener la vida.

3) Centro de las emociones. 21 pacientes reconoció en el corazón; ser el centro de las emociones, es decir, usando sus propias palabras, "el corazón sirve para querer, sentir, codiciar y sentir pena". También se mencionaron los conceptos de "corazón negro" o "malo" y "corazón de oro" o "bueno".

4) Función de pensar. 9 entrevistados afirmaron que el corazón tenía una función importante para poder pensar y trasmitir el pensamiento a través de las llamadas "corazonadas". Además estos mismos pacientes afirmaron que el corazón tiene la función de controlar el cerebro, ya que según ellos los pensamientos estaban controlados por el corazón.

Hubieron 10 entrevistados que negaron tener conocimiento sobre la fisiología del corazón.

*Etiología de las enfermedades del corazón.* Nos permitimos agrupar los factores etiológicos, mencionados por nuestros pacientes, en el siguiente orden:

1) Factores psíquicos. El 95% del grupo estudiado, indicó que la causa de las enfermedades del corazón se debía a traumatismos psicológicos tales como: "la pena", producida por la pérdida de seres queridos, "las preocupaciones", "las fuertes impresiones", "el susto", "el mucho querer", "la cólera", "las decepciones" y "la nerviosidad".

2) Factores diversos. 17 pacientes manifestaron que "las enfermedades del corazón" se debían a una serie de factores, entre los que se destacaban: "la obesidad", "la sangre gruesa", "la presión alta", "las infecciones", "el asma" y "la vejez".

3) Factores hereditarios. 8 miembros del grupo estudiado consideró ser la "herencia" el factor decisivo de los trastornos del corazón.

4) La sobreactividad. 8 pacientes afirmaron que "la vida agitada" y "el mucho trabajo" determinaban los "ataques cardíacos".

5) Factores tóxicos. 6 respuestas acusaron al alcohol, tabaco y "algunas drogas" ser agentes nocivos al corazón.

6) Traumatismos físicos. Se obtuvieron 3 respuestas indicando que los "fuertes golpes" en la región precordial traía como consecuencia las enfermedades al corazón y el paro cardíaco con la muerte instantánea.

*Terapéutica.* La terapéutica indicada, por nuestro grupo, se puede ordenar en los siguientes grupos:

1) Ingestión de "remedios caseros". 40 pacientes recomendaron, para cualquier tipo de enfermedad cardíaca, "los mates" de toronjil, yerba Luiza, yerba buena, perejil, "el agua de las tres clases", "el agua de los tres ombligos de lima", "la pepita de naranja", los ajos, la chicha morada y "el agua de diversas flores".

2) Medios psíquicos. 34 pacientes indicaron que "distracción", "tranquilidad", "cariño" y "la fuerza de voluntad" eran factores terapéuticos inevitables para poder curar cualquier enfermedad del corazón.

3) Medicación por vía oral. 23 respuestas se pronunciaron por la ingestión de los siguientes medicamentos: "Serengen, Valeriana, Coramina, Digitalina y el Agua de Azahar" para cualquier afección cardíaca.

4) Tratamiento médico. 12 miembros del grupo estudiado se negaron a indicar terapéutica alguna y se pronunciaron por "un tratamiento médico" dirigido por el "especialista".

5) Las inyecciones. 8 personas recomendaron "las inyecciones" para cualquier clase de enfermedad al corazón.

6) Tratamiento dietético. 3 respuestas hicieron resaltar la importancia de una dieta "sin grasa y rica en verduras" para tratar "las enfermedades del corazón".

7) Tratamiento quirúrgico. 2 pacientes indicaron "la operación" como única solución para tratar "las enfermedades avanzadas del corazón".

27 pacientes del grupo entrevistado manifestaron no tener conocimientos terapéuticos para el tratamiento de las afecciones cardíacas.

*Discusión*. Es interesante consignar que sólo un 50% del grupo estudiado asigna al corazón una función esencialmente circulatoria. La relación entre la vida y el corazón parece ser, para nuestros pacientes, muy intensa y esto hace que se considere al corazón como un centro vital. Se puede ver también que hay una relación entre aparato cardíaco y las emociones. Esta relación se hace mucho más intensa cuando el grupo investigado se refiere a la etiología de las enfermedades del corazón. El 95% de respuestas obtenidas asigna un papel preponderante a los factores psicológicos como determinantes de los trastornos cardíacos. Las respuestas obtenidas en este sentido confirman el concepto popular de "amar con todo corazón", "corazón bueno", "te hablo con el corazón en la mano", "corazón de oro" y "corazón negro". Es indudable que estas expresiones manifiestan vivamente la relación que hay entre corazón y afectividad.

Es importante el conocimiento clínico popular de la relación que existe entre obesidad e hipertensión arterial.

Siendo importante los factores psíquicos en la etiologia de las enfermedades cardíacas, se desprende que la terapéutica tiene que estar orientada sobre estos factores y de aquí que las recomendaciones formuladas por nuestros pacientes tengan una orientación psicológica.

Vale mencionar la concepción popular de que las enfermedades cardíacas sean "de difícil recuperación" y de que no hay terapéutica efectiva; esta concepción podría reflejarse en el alto porcentaje de pacientes que no indicaron una prescripción para las afecciones al corazón.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se ha estudiado en 100 pacientes neuróticos las concepciones sobre su propio cuerpo, la de sus órganos, la explicación de las enfermedades y su conocimiento terapéutico. La presente comunicación es el segundo capítulo de este estudio y se refiere al cuello, tórax y órganos de la cavidad torácica.

Los resultados de la presente investigación nos permiten establecer las siguientes conclusiones:

1. Que el cuello es frecuentemente identificado con los órganos internos que cubre: laringe, faringe, tráquea y bronquios. El cuello y la "garganta" tiene para ellos el mismo significado y el nombre de uno y otro se usa indistintamente. Al mencionar la patología del cuello, un buen número de pacientes se refirió más a los órganos internos ya mencionados que al cuello en sí.

2. "El pecho" es símbolo de fuerza, actividad y resistencia física y al referirse a sus funciones y patología se le identifica con los órganos que cubre, en especial, con los bronquios y el corazón.

3. "La espalda" representa actividad, trabajo y fuerza, como también lo opuesto: "reposo" y "flojera". Su patología se le identifica con frecuencia con los órganos que cubre (pulmones).

4. Los pulmones son símbolo de "resistencia física" y este concepto está vinculado a la vecindad de los pulmones con la pared torácica posterior.

5. Hay una íntima conexión entre pobre ingesta y enfermedad pulmonar y entre "desgaste físico" y tuberculosis. Se ve, también, que en el concepto de pulmones se incorporan a los bronquios, pared anterior y posterior del tórax y fosas nasales. Se refleja una angustia y temor por las enfermedades pulmonares tipo tuberculosis.

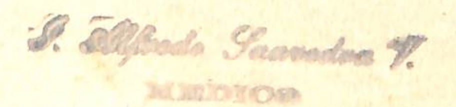
6. Al corazón se le asigna una función circulatoria, se le considera el "centro vital" y el asiento de las emociones.

7. Hay una relación muy estrecha entre emotividad, afecto y corazón. De tal modo que el 95% del grupo estudiado puso énfasis en los factores emotivos como determinantes de las enfermedades cardíacas.

8. La influencia que se le da al corazón sobre la psiquis hace que un grupo de pacientes lo relacione con la esfera del pensamiento.

9. Se da importancia, en la terapéutica de las enfermedades del corazón, a los factores psicológicos, de tal manera, que un grupo apreciable de pacientes la orienta en este sentido.

10. Los conceptos vertidos por los pacientes estudiados revelan un conocimiento tanto popular como científico de la medicina.






# SELECCION PSICOLOGICA EN INDIVIDUOS FISICAMENTE SANOS. RESULTADOS PRELIMINARES EN UN GRUPO DE 3312 POSTULANTES A UN INSTITUTO ARMADO

Por Raúl Jerí, Carlos Carbajal, José Sánchez, Carlos Bambarén y Santiago Valdizán *.

La elevada incidencia de alcholismo, enfermedades mentales y actividades antisociales en los miembros de un instituto armado, determinó que la superioridad ordenara la realización de un examen más riguroso a los candidatos para el ingreso. Fue así como, en octubre de 1958, los miembros del Departamento de Psiquiatría del Hospital de Policía, después de amplia deliberación, adoptamos una técnica de reconocimiento selectivo, aplicable a las condiciones culturales y ambientales de nuestro país.

El procedimiento consistió en el uso de varias pruebas mentales, empleadas con el fin de determinar el nivel intelectual y los disturbios psicológicos característicos de las reacciones neuróticas o de los desórdenes de la personalidad, en individuos que habían aprobado los requisitos de un examen físico exhaustivo.

Como el número de examinandos era muy considerable, se decidió que el examen se hiciera por grupos de 50 a 100 candidatos, y por escrito. Aprovechando la experiencia acumulada en el estudio de una población urbana en estado de desorganización por Rotondo y col. (1), empleamos el Indice Médico de Cornell durante la prueba escrita, usando además el cuestionario de Kent (2) para la determinación del cuociente intelectual, la prueba de Murray como test proyectivo y el reactivo de las matrices progresivas de Raven, como determinante de inteligencia. Los candidatos eran calificados inmediatamente después de rendir las pruebas, anotándose los resultados de cada uno de los protocolos. El examen escrito tomaba alrededor de dos horas y media para cada postulante y la corrección significaba cuando menos treinta minutos más. Como los miembros del Departamento debían atender también labores clínicas y administrativas, era imposible completar el examen, en cada uno de los casos, con entrevistas psiquiátricas. No obstante, un cierto nú-

* Departamento de Psiquiatría, Hospital Central de Policía, Lima.

mero de jóvenes fueron examinados empleando ambos procedimientos (tests mentales y entrevista) como relataremos más adelante. En algunas oportunidades, cuando habían dudas acerca de ciertos aspectos del examen, reclamaciones o discrepancias entre diversas pruebas, se usaban técnicas adicionales, tales como el psicodiagnóstico de RORSCHACH, la prueba de apercepción temática, la medida de TERMAN-MERILL o la escala de WECHSLER BELLEVUE. En otras oportunidades, usábanse nuevas entrevistas psiquiátricas.

En su mayoría, los nuevos exámenes debíanse a solicitudes de reconsideración, basadas en recomendaciones o, por haber presentado los candidatos certificados, firmados por psiquiatras que no pertenecían a la Sanidad de Policía, en los que afirmaban que el postulante no tenía ninguna anormalidad mental. Habitualmente el uso de nuevas pruebas confirmaba los hallazgos iniciales. Sería recomendable, como una digresión oportuna en este momento, solicitar a los colegas que cuando sean requeridos para proporcionar constancias de higidez mental, lo hagan después de un examen cuidadoso, empleando de ser posible varias entrevistas psiquiátricas, de una hora de duración y una batería de pruebas psicológicas e, indicando en el certificado, las técnicas de examen usadas, así como el número y la duración de las sesiones.

Hay que considerar que en el estado actual de la práctica médica se exige al psiquiatra habilidad no solamente en el diagnóstico de las enfermedades mentales más graves, sino capacidad para detectar los signos, más evasivos por cierto, de las reacciones neuróticas y de los desórdenes de la personalidad. Para emitir una opinión el examinador debe basarse casi exclusivamente en sus datos clínicos. El candidato no concurre porque está enfermo, al contrario, trata de aparecer con el mejor aspecto posible y niega toda interrogación que pueda serle perjudicial. Por otra parte, hace lo imposible por conseguir las respuestas correctas a los cuestionarios y, por tanto, estos no pueden emplearse por más de dos años consecutivos, a pesar de guardar las mayores precauciones para evitar su difusión. Es por esto que no se puede confiar en los datos de la anamnesis directa, y más bien, debemos ceñirnos al comportamiento del postulante durante las entrevistas y a su rendimiento y conducta en el tiempo dedicado a ejecutar las pruebas psicológicas.

## NECESIDAD DE LA SELECCION

Hoy no se discute acerca de la necesidad de seleccionar al personal para las diversas profesiones. Más bien se tiende a buscar nuevas pruebas que permitan colocar a los individuos en las actividades en las cuales están más capacitados. La selección implica por tanto dos etapas: primera, eliminación de los ineptos y segunda, hallazgo de los más capaces para una labor específica. Entre nosotros estamos sólo en la primera fase: elegir, entre los grupos numerosos de adolescentes, a los jóvenes que demuestran menos perturbaciones psíquicas, es decir, escoger a los que aparentan estar sanos.

Este objetivo ha sido difícil de conseguirlo en la práctica. La falta de conocimiento del público en general, los prejuicios y los factores emocionales

han obstaculizado considerablemente la realización del trabajo en sus diferentes etapas. Varios factores intervienen en este sentido. El público cree que si un hombre tiene aspecto saludable posee pleno derecho para ingresar en cualquier institución. No aceptan el diagnóstico de las afecciones psicológicas pues no pueden ver, palpar u oír, a no ser que tengan adiestramiento psiquiátrico, las anomalías descubiertas por un clínico de cierta experiencia. La resistencia para aceptar la exclusión por perturbaciones mentales es por tanto muy considerable.

Por otra parte, hasta los médicos tienen dudas acerca de la exactitud del diagnóstico psiquiátrico. Desde la época en que los maestros de escuela y los psicólogos, sin preparación clínica, excluían a ciertos candidatos por supuesta deficiencia mental, descubriéndose posteriormente que algunas de estas personas tenían entendimiento normal, han pasado muchos años y los métodos han variado. Ahora se usan casi siempre baterías de tests mentales combinadas con entrevistas psiquiátricas, procedimientos que, como dijimos al principio, hemos empleado en esta investigación.

Los factores emocionales influyen en el examinando, examinador y recomendadores. En el primero, disminuyendo el rendimiento y descubriendo las ansiedades latentes; en el examinador, inclinándolo a diagnosticar de acuerdo con sus prejuicios y conflictos psicológicos y, en el recomendador, creando una necesidad imperativa de imponer su poder, su influencia o su autoridad, para apaciguar las inseguridades que el tambaleante orden social actual produce en los pobladores de nuestro medio, como lo ha descrito uno de nosotros en un trabajo anterior (3).

*TABLA Nº 1*

DISTRIBUCION DE LOS POSTULANTES A LAS DIFERENTES ESCUELAS SEGUN LA EDAD.

| Edad | ENP. | ENIP. | EME. | AUX. | Guardias | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 17 | 35 | 27 | 10 | 0 | 0 | 72 |
| 18 | 75 | 48 | 12 | 2 | 27 | 164 |
| 19 | 100 | 83 | 28 | 20 | 110 | 341 |
| 20 | 106 | 100 | 16 | 48 | 74 | 344 |
| 21 | 62 | 46 | 18 | 61 | 48 | 235 |
| 22 | 21 | 36 | 11 | 38 | 65 | 171 |
| 23 | 10 | 24 | 6 | 29 | 34 | 103 |
| 24 | 2 | 14 | 4 | 8 | 17 | 45 |
| 25 | 2 | 9 | 1 | 5 | 16 | 33 |
| 26 | 4 | 0 | 1 | 1 | 7 | 13 |
| Sin datos | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 | 8 |
| | 417 | 387 | 111 | 212 | 402 | 1,529 |

De otro lado, las cambiantes condiciones socio-culturales de los pobladores del Perú obligan a emplear la selección, cada vez con mayor frecuencia, en

los más diversos campos de actividad humana. Ha tocado a los institutos armados el privilegio de ser los iniciadores de pruebas para escoger a los más aptos en las escuelas de instrucción (4), posteriormente se aplicaron procedimientos similares en universidades e institutos superiores de enseñanza y últimamente, va generalizándose la tendencia a emplear métodos discriminativos en la industria (5).

*TABLA Nº 2*

DISTRIBUCION DE LOS POSTULANTES A LAS DIFERENTES ESCUELAS SEGUN LA OCUPACION.

| Ocupación | ENP. | ENIP. | EME | AUX. | Guardias | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudiantes | 315 | 267 | 71 | 159 | 184 | 996 |
| Empleados | 2 | 4 | — | 14 | 51 | 71 |
| Profesionales | — | — | 1 | 2 | — | 3 |
| Obreros | — | 2 | — | 5 | 104 | 111 |
| Comerciantes | — | 2 | — | 4 | 9 | 15 |
| Enfermeros prácticos | — | — | 2 | 1 | — | 3 |
| Policía Municipal | — | — | — | 2 | — | 2 |
| Guardias | 97 | 50 | — | 9 | — | 156 |
| Auxiliares CIVI. | 1 | 58 | — | — | — | 59 |
| Militares | 2 | 4 | — | 3 | 12 | 21 |
| Agricultores | — | — | — | — | 19 | 19 |
| Quehaceres domésticos | — | — | 37 | 11 | 5 | 53 |
| Sin datos | — | — | — | 2 | 18 | 20 |
| | 417 | 387 | 111 | 212 | 402 | 1,529 |

Hace algunos años terminaban instrucción secundaria un número relativamente reducido de adolescentes, que en gran porcentaje, dedicábase de inmediato al trabajo. Los hombres, en el comercio, la banca y la industria. Las mujeres, en el hogar. Un reducido número ingresaba a las universidades y escuelas especiales para graduarse en alguna profesión. Hoy día, con el establecimiento de la gratuidad de la instrucción secundaria, y la migración en masa del campo a las ciudades, egresan muchos miles de estudiantes, aumentando considerablemente el número de los postulantes a las universidades, escuelas superiores e institutos armados. En consecuencia, los planteles de educación avanzada, que cuentan con un número limitado de plazas, tienen que someter sus candidatos a examen para elegir a los más capaces. El resto debería acudir al trabajo o aprendizaje de ciertos oficios. Desgraciadamente, pocos de los que terminan instrucción media se contentan con una modesta actividad, generalmente mal remunerada, y esa es una de las razones de la insistencia creciente y angustiosa para nuevas pruebas, reconsideraciones, recomendaciones y repetición de las tentativas de ingreso.

Ciertas informaciones de los jóvenes eliminados, descartando los datos suministrados con el fin de impresionar a los examinadores, nos han hecho conocer la crítica situación de muchos adolescentes que terminan los estu-

dios secundarios encontrándose sin fuentes de trabajo y sin mayores posibilidades de mejoramiento socio-económico.

Algo similar ocurre en las clases obreras, como dice CARAVEDO (6), "La competencia sólo comienza a sentirse como una necesidad ahora, y sólo en los últimos años se ha visto la urgencia de comenzar entre nosotros la selección y capacitación de los que ingresan a las organizaciones industriales y comerciales".

Estamos, pues, en la necesidad de escoger, dentro de una masa considerable de jóvenes, aquellos que no tienen signos de disturbios psicológicos graves. Nuestra labor, en el momento actual, es bastante grosera, nos contentamos con excluir a los manifiestamente anormales, en el sentido de bajo rendimiento en las pruebas de capacidad intelectual o de multiplicidad de manifestaciones neuróticas o psicopáticas. En una publicación anterior (7) hemos expuesto las condiciones que, a nuestro juicio, son incompatibles con el servicio policial. En resumen podemos decir que procuramos eliminar a los postulantes que, durante el examen, exhiben disturbios compatibles con desórdenes cerebrales crónicos, deficiencia mental, estados psicóticos, epilepsia, reacciones neuróticas y psicofisiológicas, así como desórdenes definidos de la personalidad.

*TABLA Nº 3*

PORCENTAJES DE INHABILIDAD SEGUN EL LUGAR DE NACIMIENTO

| SELVA | | SIERRA | | COSTA | |
|---|---|---|---|---|---|
| Loreto | 15.5% | Cajamarca | 17% | Tumbes | 50% |
| San Martín | 28.5% | Amazonas | 16% | Lambayeque | 22% |
| Madre de Dios | 0 % | Huánuco | 40% | Piura | 17% |
| Sin datos | 22 % | Pasco | 50% | La Libertad | 20% |
| | | Junín | 24% | Ancash | 22% |
| | | Ayacucho | 31% | Lima capital | 18.5% |
| | | Huancavelica | 28% | Lima Depto. | 24% |
| | | Apurimac | 28% | Callao | 30% |
| | | Cuzco | 33% | Ica | 32% |
| | | Puno | 47% | Arequipa | 21% |
| | | | | Moquegua | 0% |
| | | | | Tacna | 0% |
| | | Costa | 21 % | | |
| | | Sierra | 24.9% | | |
| | | Selva | 22.6% | | |

## MATERIAL Y METODOS

En este trabajo daremos cuenta en forma preliminar, de las pruebas de selección practicadas a un grupo de 3312 candidatos a las diversas escuelas técnicas de la Guardia Civil, Investigaciones y Sanidad del Ministerio de Gobierno y Policía.

Estas escuelas son en número de seis: Cadetes de la G. C., Alumnos-guardias de la G. C., Oficiales de Investigaciones; Auxiliares de Investigaciones; Mixta de Enfermeros y Departamento de Externos e Internos del Hospital de Policía.

En las tres escuelas de oficiales (G. C., C. I. V. I. y Sanidad) se imparte instrucción superior, asimilable a la preparación universitaria, exigiéndose a los postulantes de las dos primeras un mínimo de once años de estudios escolares (6 de primaria y 5 de secundaria). El Departamento de Externos e Internos está formado por tres clases de personas: 1) estudiantes de los últimos tres o cuatro años de medicina, 2) internos de hospital, es decir alumnos del 7mo. año de medicina, y 3) médicos-internos, o sea graduados, que firman un contrato de un año para servir como internos en los departamentos clínicos.

Los estudiantes y médicos son sometidos actualmente al mismo examen psiquiátrico que deben aprobar los canditatos a oficiales de la G. C. y CIVI.

Las escuelas de tropa, están formadas por alumnos guardias, auxiliares de investigaciones y enfermeros. A los dos primeros se les exige solamente instrucción primaria. Los postulantes a la Escuela Mixta de Enfermeros deben tener instrucción secundaria completa.

Todos los grupos fueron sometidos a la misma sistemática de examen que consistió, en 1959, en un cuestionario escrito que contenía 237 preguntas, incluyendo el Indice Médico de CORNELL, la escala de KENT Abreviada y el test proyectivo de MURRAY, así como la prueba de juicio y racionamiento de CAMERON.

*TABLA Nº 4*

PORCENTAJES DE INEPTITUD SEGUN EL GRADO DE INSTRUCCION

| | Total Examinados | Aptos | Ineptos | Ineptitud |
|---|---|---|---|---|
| Primaria | 202 | 148 | 54 | 26.7 |
| 1º Media | 37 | 29 | 8 | 21.6 |
| 2º Media | 34 | 28 | 6 | 17.6 |
| 3º Media | 17 | 14 | 3 | 17.6 |
| 4º Media | 11 | 9 | 2 | 18.1 |
| 5º Media | 92 | 72 | 20 | 21.7 |
| Superior | 2 | 2 | 0 | 0. |
| TOTAL | 402 | 395 | 94 | 23.3 |

En 1960 suprimimos la prueba de CAMERON, y agregamos al procedimiento de examen la aplicación de la prueba de RAVEN, con 100 folletos cedidos amablemente a nuestro Departamento por el profesor HONORIO DELGADO, Catedrático principal de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Lima.

Los candidatos eran citados en grupos de 50 o 100 y después de acomodarlos en una vasta sala, y suplirlos con material para escribir, se les daba instrucciones precisas; luego contestábamos todas las preguntas necesarias para esclarecer como debían concluirse las pruebas y, acto seguido, se daba la señal para comenzar. El cuestionario proyectivo-psicométrico (CORNELL-MURRAY-KENT) debía completarse en un tiempo máximo de sesenta minutos. Esta parte de la prueba estaba a cargo de dos de nosotros (C.C. y C.B.). La prueba de matrices progresivas la tomaba y calificaba, en registro aparte, otro de los examinadores (C.V.). Las entrevistas psiquiátricas fueron hechas por los otros dos miembros del Departamento (R.J. y J.S.).

Una vez que se habían corregido las pruebas escritas, pasábamos a la calificación. En 1959 cada caso era valorado individualmente en una junta donde deliberaban los tres profesionales responsables de los exámenes escritos (CC, CB, y SV). Con el fin de controlar el grado de eficacia de estas pruebas, los declarados ineptos fueron transferidos a otro médico (J. S.) para una entrevista psiquiátrica, que aunque suponía que el postulante había sido desaprobado, desconocía el motivo de la referencia. Eventualmente, dentro de los ineptos, los primeros examinadores, incluían algun sujeto apto o dudoso, con el propósito de probar la habilidad del clínico que practicaba la entrevis-

*TABLA Nº 5*

DISTRIBUCION DE POSTULANTES DESAPROBADOS SEGUN EL SEXO

| | En 1959 | En 1960 | Total |
|---|---|---|---|
| Total de Examinados | 1529 | 1783 | 3312 |

| Distribución por sexos | 1959 | | | 1960 | | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº casos | % anual | % de 432 | Nº casos | % de 460 | % anual | % de 892 | % de 3312 |
| Hombres | 387 | 25.3 | 89.6 | 392 | 85.2 | 22.0 | 87.3 | 23.5 |
| Mujeres | 45 | 2.9 | 10.4 | 68 | 14.8 | 3.8 | 12.7 | 3.4 |
| Totales | 432 | 28.2 | 100.0 | 460 | 100.0 | 25.8 | 100.0 | 26.9 |

ta. Otro grupo de postulantes, generalmente los ineptos muy recomendados, o algunos dudosos, eran examinados por otro clínico (R. J.). Finalmente, después de cada entrevista, se reunían los examinadores, mostraban sus resultados y decidían acerca del candidato (8).

En 1960, con la experiencia adquirida durante el año anterior, se prescindió de la entrevista con los desaprobados en los exámenes escritos, y se limitó ésta, a los casos dudosos, a los que mostraban discrepancia en dos pruebas, a los que obtenían reconsideración o debían ser examinados por orden de la superioridad. En este año el clínico que estuvo a cargo de las entrevistas fue el que actuaba como árbitro final en 1959.

El tiempo y esfuerzo que toma el examen es muy considerable. La prueba escrita duraba aproximadamente 1 hora en 1959 y 2½ horas en 1960. La corrección preliminar de cada protocolo duraba la primera cuatro minutos y la segunda 3 o 4 minutos. La búsqueda de antecedentes y verificación de resultados tomaba de 15 a 20 minutos.

El registro demoraba 3 minutos por cada sujeto. Hasta este momento sólo se ha podido hacer el registro de desaprobados y computación con años anteriores. Los exámenes comenzaron en los primeros meses de Enero y se prolongaron hasta el 31 de Marzo, en esa fecha los declaramos concluídos, aún cuando continuamos tomando pruebas, en grupos más pequeños, durante todo el año académico, ya sea a los postulantes a tropa o al reingreso en las diversas dependencias de la institución.

El problema de las recomendaciones y solicitudes de reconsideración ha sido tan considerable que, en cada año se designó a un examinador (CC. en 1959 y RJ. en 1960) para que actuara como neutralizador en este asunto, obteniendo observaciones interesantes, consignadas en un trabajo ya publicado (3).

## RESULTADOS

Algunas características del grupo examinado en 1959 han sido relatadas el año pasado (9). Aquí nos limitaremos a decir que ese año examinamos 1529 sujetos: 1393 de sexo masculino y 136 de sexo femenino, cuyas edades oscilaban entre 17 y 26 años. Todos eran solteros. Se trataba en consecuencia de una población donde predominaban los adolescentes, (Tabla 1) el 58% correspondía a menores de 21 años, constituyendo el grupo mayor el de los sujetos de 20 años. En la ENE se presentaron este año 104 mujeres y 7 varones, a pesar del caracter mixto de la escuela, y de que las necesidades institucionales exigen la presencia de personal masculino.

Con respecto al lugar de nacimiento (Tabla 3), distribuiremos a los postulantes a las diferentes escuelas por departamentos, consignando las cifras totales y luego confeccionamos un cuadro adicional; en el cual, partiendo de la población del Perú estimada en 1955 (por departamentos) calculamos el número hipotético de jóvenes que podían postular. Al comparar las cifras hipotéticas con las experimentales (valores absolutos o porcentuales) se advirtió que en ocho departamentos se habían sobrepasado las expectativas, en 5 la realidad guardaba relación con el ideal, y en 11 estaba francamente por debajo de él, sin embargo, la cifra total experimental era prácticamente igual a la hipotética, de donde concluímos que la muestra era representativa de la población del Perú en forma general.

En relación a la ocupación (Tabla 2), es decir la actividad que los sujetos habían declarado desempeñar antes de postular a la institución policial, comprobamos predominio de estudiantes (65.1%), siguiéndoles en orden de frecuencia, los guardias civiles y auxiliares de investigaciones (14%) y los obreros (7.2%).

El año anterior estudiamos los resultados generales en la muestra, hallando que el porcentaje de ineptitud correspondiente tanto a la población general cuanto a los grupos parciales considerados (9) es más o menos similar, a excepción del que ostentaba la población femenina y la E. N. I. P. La diferencia entre hombres y mujeres tenia significado estadístico ($x2 = 7.2$); en cambio entre los resultados de la ENE y ENIP no existía diferencia estadísticamente significativa ($x2 = 2.1$). El 37.8% de ineptitud de la E.N.E. obviamente se relacionó con el resultado que acabamos de mencionar, correspondiente a la población general femenina, pues, como ya dijimos, la mayor parte de postulantes correspondía al sexo femenino en dicha escuela.

*TABLA Nº 6*

DISTRIBUCION DE POSTULANTES DESAPROBADOS SEGUN EDAD

| Edades | Número | % desap. | % anual | Número | % desap. | % anual | Número | % desap. | % 2 años |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10-20 | 225 | 52.1 | 14.7 | 206 | 44.8 | 11.5 | 431 | 48.4 | 13.0 |
| 20-30 | 171 | 39.6 | 11.2 | 219 | 47.6 | 12.3 | 390 | 43.7 | 11.8 |
| 30-40 | 13 | 3.0 | 0.8 | 14 | 3.0 | 0.8 | 27 | 3.0 | 0.8 |
| 40-50 | 7 | 1.6 | 0.4 | 3 | 0.6 | 0.2 | 10 | 1.1 | 0.3 |
| 50-60 | 1 | 0.2 | 0.1 | 1 | 0.2 | 0.1 | 2 | 0.2 | 0.1 |
| Sin datos | 15 | 3.5 | 1.0 | 17 | 3.8 | 0.9 | 32 | 3.6 | 0.9 |
| Totales | 432 | 100.0 | 28.2 | 460 | 100.0 | 25.8 | 892 | 100.0 | 26.9 |

Al correlacionar los resultados generales y parciales de ineptitud (9), expresados en por ciento, según las edades de los postulantes en razón de la desemejanza numérica de los sujetos en cada una de las edades, encontramos que el porcentaje de inhabilidad inicialmente alto, decrecía a partir de los 19 años y se mantenía entonces, más o menos uniforme, hasta los 23, para elevarse en las edades más avanzadas. Dicha modalidad se cumplía, con ciertas variaciones, como debe esperarse en estudios de esta naturaleza, en todos los grupos, a excepción del correspondiente a la Escuela Nacional de Enfermeras, donde la cifra era progresivamente ascendente desde el comienzo.

Con el fin de averiguar si el lugar de orígen tiene influencia en los resultados, como tantas veces se afirma, hicimos una encuesta, relacionando el lugar de nacimiento con los porcentajes de ineptitud correspondientes a cada departamento (tabla 3) y a las tres regiones del Perú. La comparación demostró que no habían variaciones notables. Esta apreciación se confirmó con el análisis estadístico, el cual no arrojó diferencias significativas ($X2 = 2.2$) entre la costa y la sierra, ni entre la costa y la selva ($x2 = 0.065$).

También tratamos de averiguar las diferencias que pudieran derivarse, en los resultados del examen de selección, del diferente grado de instrucción (Tabla 4). Aun cuando aparentemente existía disminución progresiva de los

*TABLA Nº 7*

DISTRIBUCION DE POSTULANTES SEGUN LUGAR DE NACIMIENTO

| Lugar de | 1959 | | | 1960 | | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nacimiento | Número | % 432 | % 1529 | Número | % 460 | % 1783 | Número | % 892 | % 3312 |
| Costa | 162 | 37.5 | 10.6 | 63 | 13.7 | 3.5 | 225 | 25.2 | 6.8 |
| Sierra | 180 | 41.7 | 11.8 | 87 | 18.9 | 4.9 | 267 | 29.9 | 8.0 |
| Selva | 22 | 5.1 | 1.4 | 20 | 4.4 | 1.1 | 42 | 4.7 | 1.3 |
| Sin datos | 68 | 15.7 | 4.4 | 290 | 63.0 | 16.3 | 358 | 40.2 | 10.8 |
| Totales | 432 | 100.0 | —— | 460 | 100.0 | —— | 892 | 100.0 | —— |

porcentajes de ineptitud conforme aumentaba el grado de instrucción, el análisis estadístico no señaló diferencias significativas. De otro lado, el porcentaje de incapacidad para el total del grupo, era muy semejante a los porcentajes obtenidos en las demás escuelas.

En cuanto a la cifra de inhabilidad en relación a la ocupación anterior (Tabla 2), en los estudiantes los porcentajes de ineptitud eran semejantes a los resultados obtenidos para la población en general y en relación con otras variables. De los obreros la proporción de inhábiles era paralela al grado de exigencia señalado para el examen; así, eran menos los que resultaron ineptos para la escuela de alumnos de la G.C. que para la escuela de oficiales de la G.C. Los sujetos que señalaron como ocupación anterior la agricultura, sólo postularon a la Escuela de Guardias de la Guardia Civil, resultando

*TABLA Nº 8*

DISTRIBUCION DE LOS DESAPROBADOS SEGUN LAS ESCUELAS A LAS QUE POSTULABAN

| Instituciones | 1959 Número | % | 1960 Número | % | TOTALES Número | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Esc. Ofic. G.C. | 62 | 14.4 | 37 | 8.0 | 99 | 11.1 |
| Esc. Guard. | 163 | 37.7 | 174 | 37.8 | 337 | 37.8 |
| Esc. Invest. | 68 | 15.7 | 80 | 17.4 | 148 | 16.7 |
| Esc. Aux. | 59 | 13.7 | 72 | 15.7 | 131 | 14.7 |
| Esc. M. Enferm. | 44 | 10.2 | 72 | 15.7 | 116 | 13.0 |
| Reingresos | 33 | 7.6 | 10 | 2.2 | 43 | 4.8 |
| Dpto. Internos H. P. | — | —— | 3 | 0.6 | 3 | 0.3 |
| Dpto. Farm. H. P. | — | —— | 3 | 0.6 | 3 | 0.3 |
| Sin datos | 3 | 0.7 | 9 | 2.0 | 12 | 1.3 |
| Totales | 432 | 100.0 | 460 | 100.0 | 892 | 100.0 |

un porcentaje de ineptos mayor que el de los obreros que postularon a la misma escuela. Ningún guardia resultó incapaz de postular a la E.A.I. y, en cambio, obtuvo esta calificación el 8% de los que postularon a la E. N. I. P. y el 16% de los que lo hicieron a la E.N.P. De los auxiliares que postularon a la E. N. I. P. sólo el 8% resultaron ineptos. Se pudo así determinar que las menores cifras de ineptitud correspondieron a los guardias y auxiliares, lo cual pudo estar en relación con el hecho de que ambos grupos habían sido sometidos a exámenes anteriores de selección, cuando postularon a sus respectivas escuelas.

Haciendo ahora una breve revisión del material reunido en los dos años (Tabla 5) podemos decir que el porcentaje anual de ineptos ha sido bastante semejante 28.2% en 1959 y 25.8% en 1960.

Al distribuir a los desaprobados por edades, (Tabla 6), nuevamente encontramos un número mayor, en ambos años, en las décadas de 10 a 20 y 20 a 30 años. Estas cifras tienen un valor muy relativo pues, no ha sido posible correlacionarlas todavía, con los totales de candidatos para cada sub-grupo cronológico.

*TABLA Nº 9*

DISTRIBUCION DE DESAPROBADOS SEGUN DISTURBIOS PSICOPATOLOGICOS

| Motivo | Num. | % de 432 | % de 1529 | Num. | % de 460 | % de 1783 | Num. | % de 892 | % de 3312 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bajo rendim. intelect. | 177 | 40.9 | 11.6 | 207 | 45.0 | 11.6 | 384 | 43.0 | 11.6 |
| Rasgos neuróticos | 268 | 62.0 | 17.5 | 303 | 65.8 | 17.0 | 571 | 64.0 | 17.2 |
| Antecedentes familiares | 39 | 9.0 | 2.5 | 26 | 5.6 | 1.5 | 65 | 7.3 | 2.0 |
| Disturb. comportamiento | 37 | 8.6 | 2.4 | 31 | 6.7 | 1.7 | 68 | 7.6 | 2.1 |
| Epilepsia | 8 | 1.8 | 0.5 | 9 | 1.9 | 0.5 | 17 | 1.9 | 0.5 |
| Mixto | 87 | 20.1 | 5.7 | 103 | 22.3 | 5.8 | 190 | 21.3 | 5.7 |

También hemos investigado, en forma preliminar, la relación entre el lugar de nacimiento y la cifra de inhabilidad. Refiriéndonos a los totales (Tabla 7) vemos que los mayores porcentajes (29.9%) corresponden a la sierra. En esta oportunidad no podemos pronunciarnos acerca de la selva, ya que todavía no hemos determinado el total de postulantes selváticos en ambos años. Recordamos que en el año 1959 los porcentajes de desaprobación fueron 21% para la costa, 22.6% para la selva y 24.9% para la sierra.

En la tabla 8 se puede apreciar, dividiendo a los candidatos desaprobados según el instituto al cual pretendían ingresar, que los mayores porcentajes de desaprobación correspondían a la Escuela de Guardias. (37.8%), E. N. I. P. (16.7%) y E. A. I. (14.7%). Estas cifras deben, naturalmente, correlacionarse, más adelante, con los subtotales de postulantes a cada escuela.

En otra publicación (7) uno de nosotros ha definido las diversas condiciones psicopatológicas que resultan incapacitantes para la función policial. De acuerdo con dicho criterio hemos dividido las desaprobaciones en seis rubros (Tabla 9). Resalta de inmediato que el mayor número de casos (17.2%) de los candidatos desaprobados lo han sido por presentar múltiples rasgos neuróticos.

Siguen, en orden de frecuencia, aquellos que demostraron un rendimiento intelectual deficiente; determinado en 1959 por la prueba de KENT y, en 1960, por los reactivos de KENT y RAVEN para los postulantes a todas las escuelas, con excepción de los candidatos a la E. N. E., a los que, sistemáticamente, se les sometió a la escala revisada de TERMAN-MERILL. El 11.6% mostraron rendimiento insuficiente en las pruebas de capacidad intelectual.

Cerca del 6% fueron desaprobados por presentar sintomatología mixta, es decir asociación de rasgos neuróticos con bajo rendimiento intelectual, o con disturbios del comportamiento, o cargados antecedentes familiares de disturbios psicopáticos, enfermedades psicóticas o epilépticas.

El número de postulantes con disturbios del comportamiento es relativamente bajo. Esto se debe a que en 1959 fueron entrevistados un porcentaje reducido de desaprobados, y en 1960, la cifra fue también baja. Posiblemente, las entrevistas psiquiátricas (de cuando menos 50 minutos de duración) hubieran dado porcentajes más elevados.

El 2% fueron desaprobados por mostrar evidencias de múltiple enfermedad neurótica, psicopática, psicótica o epiléptica en la familia. Muchos de estos candidatos eran parientes próximos de pacientes atendidos en el Departamento de Psiquiatría del Hospital de Policía. No es posible sumar los porcentajes de los sub-grupos, pues hay algunos casos de múltiple ineptitud, pero de 3312 postulantes el 26.9% fueron encontrados incapaces, de acuerdo con los criterios arbitrarios, establecidos previamente en este trabajo, para ingresar a las escuelas especiales del Ministerio de la Guardia Civil y Policía.

## COMENTARIO

Si bien es cierto que en algunos aspectos no existe acuerdo unánime sobre la objetividad de las pruebas, y su poder discriminativo, las múltiples experiencias realizadas en el campo de la selección profesional, tanto en el medio civil como en el militar, permiten afirmar que empleando asociación de tests psicológicos y entrevistas psiquiátricas y encargando el examen a personal competente, se consigne un margen de confianza útil. Al decir personal idóneo nos referimos a psiquiatras y psicólogos clínicos, entrenados durante varios años en un departamento psiquiátrico, y cuyo adiestramiento garantiza adecuada interpretación de los datos clínico-psicológicos.

Desde varios puntos de vista la muestra estudiada tiene caracteristicas que confieren valor experimental y estadístico a los resultados obtenidos, pues hemos señalado su composición relativamente homogénea en cuanto se refiere a edad, instrucción, estado civil y salud física. Al mismo tiempo, la varie-

dad ocupacional y de procedencia la hace representativa, cualitativa y cuantitativamente, del sector jóven de nuestra población, sin que por ello tratemos de llegar a generalizaciones que puedan resultar exageradas.

El porcentaje de sujetos declarados inútiles para la función policial cae dentro de los límites de lo previsible y concuerda con observaciones de otros autores (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 33). No debe llamar la atención que estas cifras sean más altas que las correspondientes al resto de exámenes, aún considerados en conjunto, pues es bien conocido que, en todo examen de selección, el mayor número de sujetos eliminados lo es por inadecuación psíquica, (10, 22).

La ausencia de diferencias significativas en los resultados de las diversas escuelas, teniendo en cuenta que las pruebas han sido generales para todas ellas, y el criterio de calificación uniforme, parece contradecir el concepto de seleccionar al personal con criterio diferente, pero, cuando se adoptan normas vocacionales para los diversos centros de enseñanza, las cifras posiblemente varían. Hay además pre-selección en la muestra, los postulantes a las E. de O. I. y E.O.G.C. generalmente son desaprobados por diferentes rubros que los candidatos a la E.N.E., E.A.I. y E.G.

Parece existir cierta relación entre edad y aptitud: esta es mayor entre los 19 y 23 años. Partiendo del hecho de que la población examinada está formada predominantemente por adolescentes, y de acuerdo con la diferente duración de los estudios de cada escuela, resulta que el grado profesional es alcanzado en épocas diferentes de la vida. En este sentido queremos referirnos especialmente al guardia civil, quien después de un año de instrucción, cuando todavía no ha alcanzado madurez emocional ni grado de responsabilidad suficiente, adquiere las responsabilidades inherentes a un delicado cargo. Los oficiales se gradúan, por lo general, a los 22 años.

El estudio ha demostrado que ni el grado de instrucción ni el lugar de nacimiento influyen en los resultados del examen. Por otra parte, parece existir cierta vinculación entre actividades elementales y porcentaje de elevada incapacidad, lo cual puede indicar que, salvo excepciones condicionadas por factores sociales y familiares muy adversos, la ubicación de los seres humanos en diferentes actividades obedecería, entre otros factores, a un proceso de selección natural.

La división de causas de ineptitud demuestra que los rubros más numerosos se deben a rasgos neuróticos, deficiencia en los rendimientos intelectuales y asociación de varias condiciones psicopatológicas en un solo individuo.

Segun la tabla 9 en 3312 candidatos el 11.6% fue desaprobado por bajo rendimiento en las pruebas para determinación de la inteligencia, el 17.2% por presentar rasgos neuróticos múltiples, el 5.7% por asociación de diversas anomalías psíquicas, el 2.1% por disturbios del comportamiento durante el examen o antecedentes psicopáticos de la conducta, el 2.0% por cargados antecedentes psicopatológicos familiares y el 0.5% por epilepsia.

Aun cuando no es posible comparar la incidencia de las enfermedades mentales, referidas como primeros ingresos a instituciones psiquiátricas, con hallazgos en exámenes de adolescentes aparentemente sanos, llama la atención la elevada morbilidad mental neurótica y la ausencia de disturbios psicóticos en nuestra serie. Segun MALZBERG (19) la tasa de enfermos mentales en los Estados Unidos fue en 1950 de 381.4 para 100,000 habitantes. Revisando su trabajo se comprueba que se trataba de pacientes psicóticos. La psicosis maniaco-depresiva constituía el 10.4 a 2.5 por 100,000 entre 1930-1950, y las reacciones esquizofrénicas del 10.4 al 31.2 por 100,000 desde 1910 hasta 1950. En nuestro material no hemos hecho diagnóstico de ninguna reacción psicótica, pero, es probable que cierto número de postulantes clasificados como neuróticos, sufran de estados psicóticos o pre-psicóticos, como se ha demostrado en varias oportunidades, al quebrantarse ineptos admitidos contrariando nuestra opinión. Por otra parte, es bien sabido que las psicosis son raras hasta la adolescencia, aumentando las cifras al incrementar la edad de los individuos (20) y no podemos dejar de tomar en consideración que examinamos a jóvenes declarados físicamente sanos en reconocimientos previos. Se trataba, en consecuencia, de un material pre-seleccionado.

En cuanto a las neurosis no hay estimación fehaciente. DELGADO (21) asegura que las neurosis solo se dan en personalidades anormales, y estima la incidencia de estas últimas, en 5-10% de la población general. En el medio militar la incidencia de perturbaciones psíquicas siempre ha sido alta. En la segunda guerra mundial, por ejemplo, se excluyeron del servicio por afecciones o defectos psicológicos, 3'350,000 hombres del ejército americano, sobre un total de 15 millones de individuos movilizados (22). En el ambiente civil la prevalencia posiblemente es muy elevada. Si bien no se han hecho todavía estudios de muestras representativas de nuestra población, sabemos que en un medio similar al nuestro HORWITZ (23) ha encontrado una incidencia de 205 por mil de neuróticos y de 51 por mil de alcohólicos. ROTONDO y colaboradores (1, 25, 26) en varios estudios hechos en una zona de Lima, en estado de desorganización, han hallado "prevalencia elevadísima de ansiedad, síntomas depresivos, tendencias hipocondríacas, inadecuación y agresividad" que, bajo ciertos rubros, sobrepasan al 30 por ciento en las personas examinadas.

Nuestras cifras, con respecto a disturbios neuróticos, están en relación similar con las investigaciones mencionadas, tanto en la muestra de área urbana como en la zona en desorganización social.

Queremos llamar la atención también, sobre la no rara asociación de diversas condiciones mórbidas, en el mismo individuo. Por lo general encontramos tantos más signos patológicos cuanto más minucioso se hacia el examen. Así por ejemplo, uno de nosotros halló correlación estadísticamente significativa entre sus motivos de ineptitud y las razones de inhabilidad declaradas por la prueba escrita, a pesar de que él desaprobó a la mayor parte por defectos intelectuales y causas múltiples, mientras que en la prueba escrita la anulación fué, predominantemente, por rasgos neuróticos y causas mixtas (8).

Existía asociación entre deficiencia intelectual con neurosis, rasgos psicopáticos o antecedentes morbosos familiares en el 5.7% de los examinandos, cifra relativamente elevada si se tiene en cuenta que los candidatos niegan sistemáticamente todo antecedente que, a su juicio, pueda resultarles desfavorable.

Interpretamos la exigua cifra de transtornos de la conducta por el tipo de examen. Un número reducido de postulantes fue sometido a entrevistas psiquiátricas y los protocolos escritos investigan, de modo fundamental, los disturbios psicofisiológicos y neuróticos, más no las alteraciones del carácter ni las impulsiones psicopáticas. Durante las entrevistas surgen, con bastante frecuencia, diversas perturbaciones psíquicas no reveladas en los reactivos escritos. Es por eso que la cifra de 2 por ciento está por debajo de las expectativas para este tipo de trastornos. Es observación corriente en la experiencia de la Sanidad de Policía que, pocas semanas después de ingresar el nuevo contingente de cadetes y alumnos, comienzan a llegar a los consultorios especializados del hospital grupos cada vez más numerosos de jóvenes, referidos por los médicos de las Escuelas por no hallarles patología orgánica (salvo casos excepcionales que necesitan atención especializada imposible de proporcionar en una enfermería). Posiblemente un porcentaje no despreciable de estos pacientes son enfermos neuróticos o psicopáticos, como lo hemos expuesto en otro lugar (26). SELZER encuentra hechos semejantes en la Universidad de Michigan (27), donde el 8 por ciento de la población universitaria acude a la clínica de higiene mental, cada año, para atenderse de disturbios psicológicos. En un grupo de 506 estudiantes, entrevistados personalmente por psiquiatras, descubrieron que el 35.4% padecían de neurosis, el 24.5% de desórdenes de la personalidad y el 21.7% de esquizofrenia. Estas cifras indican claramente que en un ambiente cultural completamente distinto al nuestro, donde la población universitaria está pre-seleccionada por pertenecer a clases sociales económicamente fuertes y, después de pasar pruebas de selección para ingresar a la universidad y para aprobar diversos años académicos, una cifra considerable de estudiantes acude a los médicos por graves alteraciones psicológicas.

Volviendo a nuestro material, un buen número de postulantes obtuvieron calificativos bajos en las pruebas intelectuales. En este sentido debemos recordar que nosotros establecimos un nivel arbitrario de inteligencia para los candidatos. Para los examinandos de tropa exigimos inteligencia cercana a la normal (C.I. 80-90). El mínimo para los postulantes a las escuelas superiores fue el entendimiento normal o promedio (C. I. 90-110). Es por este motivo que no hablamos de deficiencia intelectual sino de rendimiento deficiente, en relación a normas pre-establecidas, en este trabajo experimental. El 11.6% de los candidatos fue desaprobado por rendimiento insuficiente, resultado que está de acuerdo con las cifras de otros investigadores para esta clase de averiguaciones. Así por ejemplo, NOYES y KOLB (28) afirman que el 3 por ciento de la población escolar es definidamente deficitaria y que el 5 por ciento adicional requiere instrucción especial por dificultad en el aprendizaje, derivada de escasas dotes intelectuales. Ambas cifras suman un 8% de los niños

en edad de concurrir a la escuela en los Estados Unidos de América. De modo similar, ALVARADO (29) en la población hospitalaria de las instituciones psiquiátricas bolivianas halla una incidencia del 11.4% de oligofrenia, cifra que relaciona con la incidencia general de debilidad mental en Bolivia, estimada muy alta por factores carenciales e infecciosos en la infancia.

Con respecto a la epilepsia, nuestro porcentaje de 0.5 coincide con la estimación de LENNOX (30) para los Estados Unidos y de STRÖMGREN para Suecia (34), pero está por debajo de los cálculos de SAL y ROSAS (32) y ROTONDO (1) para el Perú, HORWITZ para Chile (23) y ALVARADO para Bolivia (29). Es indudable que la baja morbilidad convulsiva en esta encuesta es aparente. Como el dato se obtiene sólo por interrogatorio, es fácil que el candidato niegue padecer ataques, estando en realidad enfermo de epilepsia, como hemos comprobado en muchas oportunidades con pacientes referidos por haber sufrido accesos comiciales en la escuela o en el cuartel, los cuales admiten entonces que negaron padecer de dicha enfermedad para evitar ser descalificados en el examen de ingreso.

Si bien ahora contamos con un número muy reducido de controles para determinar eficiencia diagnóstica de los hallazgos de los exámenes de selección, pronto podremos presentar una serie aceptable de candidatos desaprobados en dichas pruebas, que ingresaron a las escuelas por influencias extrañas, y que después padecieron de francas reacciones neuróticas, psicopáticas, psicóticas o epilépticas. Por otra parte, uno de nosotros (8) ha comprobado la validez de las pruebas escritas comparadas con entrevistas psiquiátricas. También hemos hallado correlación entre los resultados de los exámenes y la historia profesional de los candidatos que pretenden reingresar a la institución. Tenemos, por tanto, motivos para pensar que la técnica de examen empleada ha permitido eliminar a una serie de personas que constituían riesgo excesivo para las fuerzas armadas, en razón de sus defectos intelectuales o caracterológicos.

## CONCLUSIONES

1) En un grupo numeroso de postulantes, que constituye muestra representativa de la población joven del Perú, se ha establecido elevada incidencia de rasgos neuróticos y numerosos casos de bajo rendimiento en las pruebas para determinar la capacidad intelectual.

2) El estudio comparativo, empleando una batería de reactivos psicológicos con una entrevista psiquiátrica, ha demostrado la eficacia del primer método, así como la bondad relativa del segundo, pero su escasa aplicación práctica, por el gasto excesivo de tiempo.

3) Si bien numerosos candidatos desaprobados han demostrado posteriormente sufrir desórdenes psicológicos, en varios grados de severidad, no es posible diagnosticar afecciones psicopatológicas usando técnicas desarrolladas para explorar segmentos limitados de la psique individual.

4) El criterio para la selección ha sido arbitrario. Hemos iniciado una investigación psiquiátrica y biográfica de los postulantes desaprobados que lograron ingresar, con el fin de establecer la frecuencia y calidad de alteraciones mentales desarrolladas ulteriormente. Este trabajo nos permitirá establecer, en forma cuantitativa, el grado de confiabilidad de las normas establecidas de antemano para la eliminación de examinandos que aparentaban riesgo exagerado para sí mismos y para la institución a la cual postulaban.

## RESUMEN

Se presentan algunos resultados preliminares de las pruebas de selección, practicadas en 1959-1960 a un grupo de 3312 candidatos que postulaban a las diversas escuelas técnicas de la Guardia Civil, Investigaciones y Sanidad de Policía. En el primer año el examen consistió en un cuestionario escrito conteniendo 237 preguntas, que incluían el Indice Médico de CORNELL, la escala de KENT, la prueba proyectiva de MURRAY y la prueba de juicio y razonamiento de CAMERON. Al año siguiente, con el fin de disminuir la posibilidad de filtración de datos, y el mejor rendimiento al repetir la misma técnica de examen en los inscritos por segunda vez, suprimimos la prueba de CAMERON y agregamos al procedimiento selectivo la prueba de matrices progresivas de RAVEN. En 1959 una pequeña proporción de candidatos fue examinada mediante entrevista psiquiátrica, de 40 minutos de duración, sin conocerse los resultados de las pruebas escritas, rendidas previamente. Al año siguiente, otro grupo de postulantes desaprobados fue sometido a entrevistas psiquiátricas, por varios psiquiatras, en sesiones que variaban entre 15 y 60 minutos.

La muestra es relativamente representativa de la población joven del Perú, aun cuando predominaban los hombres sobre las mujeres en proporción de 9 a 1. Los candidatos procedían de todas las regiones de nuestro país, predominando los costeños sobre los serranos y éstos sobre los selváticos.

El 26.9 por ciento de 3312 candidatos fue descalificado en el examen psicológico en ambos años, lo que significaba 779 hombres y 113 mujeres.

El criterio para desaprobar a los candidatos ha sido presentar bajo rendimiento en las pruebas para capacidad intelectual, o demostrar durante el examen rasgos neuróticos múltiples, desórdenes de la personalidad o antecedentes comiciales. El 17.2% de los candidatos mostraban numerosos rasgos neuróticos, el 11.6% bajo rendimiento en las pruebas de inteligencia. Hallamos sintomatología mixta en el 5.7% de los postulantes, es decir asociación de rasgos neuróticos con bajo rendimiento intelectual, o con transtornos del comportamiento, o cargados antecedentes familiares de disturbios psicopáticos, enfermedades psicóticas o epilépticas. El 2.1% presentaban alteraciones de la conducta correspondientes a desórdenes de la personalidad. El 0.5% admitieron antecedentes de accesos convulsivos. El 2% fueron desaprobados por mostrar evidencias de múltiple enfermedad neurótica, psicopática, psicótica o epiléptica en la familia.

La presente investigación ha demostrado elevada morbilidad psicopatológica en un grupo numeroso de jóvenes peruanos, físicamente sanos, predominando los casos con variados rasgos neuróticos y bajo rendimiento intelectual.

Los estudios comparativos entre pruebas psicológicas escritas y entrevista psiquiátrica, demuestran eficacia práctica en las primeras. Sin embargo, no es posible diagnosticar reacciones psicopatológicas, de acuerdo con la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales, usando técnicas que han sido desarrolladas para explorar segmentos limitados de la psicologia individual. El procedimiento ideal parece ser la combinación de una batería de tests mentales, psicométricos y proyectivos, con una o varias entrevistas psiquiátricas.

Es aconsejable que las técnicas de exámenes psicológicos, para postulantes a institutos de enseñanza superior, varíen cada año y sean sometidas a procedimientos de control, siguiendo la evolución de los candidatos aprobados y desaprobados, durante un número de años apropiado.

## BIBLIOGRAFIA

1.— Rotondo, H. : "Morbilidad psiquiátrica en una área urbana en estado de desorganización". Rev. Psiquiat. Peru. 2:132-137, 1959.

2.— Kent, G. A. : "Oral test for emergency use in clinics". Ment. Meas. Monogr. No. 9, 1939, condensado de F.L. Wells y J. Ruesch: Mental Examiners Handbook, The Psychol. Corp., New York.

3.— Carbajal, C. : "Observaciones sobre el fenómeno de la recomendación durante el examen de postulantes a las escuelas de la G.C.". Rev. Sanid. Polic. 19:487-492, 1959.

4.— Sal y Rosas, F. : "Examen psíquico de los postulantes a la escuela de Policia". Rev. Sanid. Polic. 8:121-126, 1948.

5.— Caravedo, B. & Valdivia, O. : "Un estudio de salud mental en una muestra de población industrial". Rev. Psiquiat. Peru. 3:47-64, 1960.

6.— Caravedo, B. : "Trabajo y Salud Mental". Rev. Psiquiat. Peru. 2:91-105, 1959.

7.— Jerí, R. y col. : "Normas para la selección psicológica de los postulantes a las escuelas de la G.C., Investigaciones y Sanidad". Rev. Sanid. Polic. 19:459-468, 1959.

8.— Sánchez, J. : "La entrevista. Resultados en postulantes a las secciones superiores de la G.C.". Rev. Sanid. Polic. 19:469-480, 1959.

9.— Carbajal, C.; Bambarén, C. & Jerí, R. : "Resultados del examen psíquico de los postulantes a las escuelas de la Guardia Civil en 1959". Rev. Sanid. Polic. 19:521-534, 1959.

10.— Thom, D. A. : "Neuropsychiatric Experiences in First World War", en Manual of Military Neuropsychiatry ed. por H. C. Solomon y P. Yakovlev, p. 1-10, Saunders, Philadelphia, 1945.

11.— Egan, J. R. y col. : "Study of Neuropsychiatric Rejectees". J. Amer. Med. Ass. 145: 466-469, 1951.

12.— Drill, N. Q. y Beebe, G.N. : "Some applications of follow-up study to psychiatric standards for movilization". Am. J. Psychiat. 109:401-410, 1952.

13.— Bloomberg, W. : "Plan for screening, induction and utilization of man power". Am. J. Psychiat. 105:462-465, 1948.

14.— Aita, J. A. : "Efficacy of brief clinical interview method in predicting adjustments: five year follow up study of 304 army inductees". Arch Neurol. Psychiat. 61:170-176, 1949.

15.— Glass, A. J. y col. : "Psychiatric Prediction and Military Effectiviness. Part I". U.S. Armed Forces Med. J. 7:1247-1254, 1956.

16.— Glass, A. J. y col. : "Psychiatric Prediction and Military Effectiviness. Part. II" U.S. Armed. Forces Med. J. 7:1575-1588, 1956.

17.— Glass, A. J. y col. : "Psychiatric Prediction and Military Effectiviness. Part. III". U.S. Armed Forces Med. J. 8:346-357, 1957.

18.—Gee, H. H. & Cowles, J. T. : "The appraisal of applicants to Medical Schools", Neeling Printing Co., Chicago, 1957.

19.— Malzberg, B. : "Important Statistical Data about Mental Illness" en Amer. Handbook Psychiatry, pp. 161-174, vol. I., Basic Books, New York, 1959.

20.— Mahler, M. y col. : "Severe Emotional Disturbances in Childhood: Psychosis", en Amer. Handbook Psychiat., pp. 816-839, vol. I, Basic Books, New York, 1959.

21.— Delgado, H. : "Curso de Psiquiatría", 2ª edición, p. 404, Imp. Santa María, Lima, 1955.

22.— Caldwell, J. M. : "Preventive Psychiatry for Physicians". Illinois Med. J. 104:236-241, 1953.

23.— Horwitz, J. : "Morbilidad Mental en Chile". Rev. Psiquiat. Peru, 2:7-35, 1959.

24.— Rotondo, H. y col. : "Estudio de la moral en la colectividad de Mendocita". Rev. Psiquiat. Peru. 1:259-271, 1958.

25.— Rotondo, H. y col. : "Estudios de morbilidad psiquiátrica en la población urbana de Mendocita. Resultados de la aplicación del Indice Médico de Cornell". Rev. Psiquiat. Peru, 2:242-274, 1959.

26.— Jerí, R. : "Procedimientos psicoterapéuticos aplicables en el hospital general". Rev. Sanid. Polic. 19:493-504, 1959.

27.— Selzer, M. : "The Happy College Student Myth". Arch. Gen. Psychiat. 2:131-136, 1960.

28.— Noyes, A. & Kolb, L. C. : "Modern Clinical Psychiatry", Saunders, Philadelphia. 5ª edición, 1958.

29.— Alvarado, J. M. : "Morbilidad Mental en Bolivia". Rev. Psiquiat. Peru. 2:36-50, 1959.

30.— Lennox, W. C. : "The genetics of epilepsy". Am. J. Psychiat. 103:457, 1947.

31.—Strömgren, E. : "Episodiske Psykoser", Munsksgaard, Copenhagen, 1940.

32.— Sal y Rosas, F. : "Milieu géographique et terrain convulsif". Encéphale. 5:420-447, 1958.

33.— Perlin, S. y col. : "The experimental subject. I. The psychiatric evaluation of a volunteer population". Arch. Neurol. Psychiat. 80:65-70, 1958.

34.— Kohl, R. N. & Knehr, C. A. : "A psychiatric evaluation of Medical Student Selection". Arch. Neurol. Psychiat. 80:729-730, 1958.

# UN ESTUDIO EN UNA MUESTRA DE POBLACION INDUSTRIAL CON EL "INVENTARIO DE LA PERSONALIDAD" DE BERNREUTER

Por BALTAZAR CARAVEDO y OSCAR VALDIVIA PONCE, * con la colaboración de ELSA FELIPA

## INTRODUCCION

Desde hace un tiempo estamos dedicados al estudio sistemático del factor humano en la industria. Este estudio que vamos realizando fue proyectado, en un principio, a conducirse en dos etapas. La primera que ha sido dirigida a estudiar a los representativos de las empresas y sindicatos, y la segunda que será orientada al conocimiento humano de la masa obrero industrial.

La primera etapa que culmina con el presente trabajo,, comprende el estudio de la salud mental de los gerentes y líderes, de sus actitudes en las relaciones obrero-patronales y de los rasgos caractereológicos de su personalidad. Los primeros resultados (1) y (2) revelan, concretamente, cifras que ponen en evidencia una seria dificultad en las relaciones obrero-patronales y una marcada perturbación emocional tanto en los representativos de las empresas como en los de la masa obrera.

Este trabajo con el cual finaliza la primera fase de nuestro proyecto de investigación se refiere al estudio de los rasgos caractereológicos de la personalidad del gerente y líder a través del "Inventario de la Personalidad" de Bernreuter. Los rasgos caractereológicos estudiados, son modos de expresión dinámica del individuo y se exhiben en las relaciones laborales como en cualquier otra relación.

Creemos que los resultados de estas investigaciones son importantes para el conocimiento no sólo del industrial sino también del sociólogo, antropólogo y político; porque ellos exhiben un aspecto de la realidad nacional que se encuentra en un comienzo de una etapa de transformación determinada por la técnica y la industria.

---

* Departamento de Higiene Mental, M.S.P. y A.S.

## MATERIAL Y METODO

En la presente investigación se utilizó el "Inventario de la Personalidad" de BERNREUTER para estudiar los rasgos caractereológicos que representan aspectos de la personalidad.

El material humano de este estudio está representado por los dos grupos humanos, estudiados anteriormente con el Indice Médico de CORNELL (2) y que en esta oportunidad se redujeron a 70 líderes sindicales y a 29 gerentes, porque 15 miembros del grupo sindical y 4 del de gerentes se resistieron a someterse a la prueba del "Inventario de la Personalidad".

Consideramos necesario, para una mejor información de los grupos estudiados, indicar que ellos pertenecen a 33 empresas industriales y consignar una serie de datos que expondremos a continuación:

*Edad.*— El cuadro Nº 1 representa en forma detallada la distribución del material humano en relación a la edad.

*CUADRO Nº 1*

| Edad | Líderes Sindicales | % | Gerentes | % |
|---|---|---|---|---|
| 17 a 19 | 2 | 2'85 | 0 | 0 |
| 20 a 30 | 19 | 27'01 | 1 | 3'44 |
| 31 a 40 | 31 | 44'28 | 7 | 24'13 |
| 41 a 50 | 8 | 11'42 | 16 | 55'17 |
| 51 a 60 | 8 | 11'42 | 3 | 10'34 |
| 61 a 70 | 2 | 2'85 | 1 | 3'44 |
| 71 a 80 | 0 | 0 | 1 | 3'44 |
| TOTALES | 70 | 99'83 | 29 | 99'96 |

*Condición civil.*— La distribución numérica en relación a la condición civil de los dos grupos industriales se representan en el cuadro Nº 2.

*CUADRO Nº 2*

| Condición Civil | Líderes | % | Gerentes | % |
|---|---|---|---|---|
| Solteros | 16 | 22'85 | 6 | 20'68 |
| Casados | 42 | 60'00 | 23 | 79'31 |
| Convivientes | 10 | 14'28 | 0 | 0 |
| Viudos | 2 | 2'85 | 0 | 0 |
| TOTALES | 70 | 99'98 | 29 | 99'99 |

*Grado de instrucción.*— En el cuadro Nº 3 damos una relación del grado de instrucción de los grupos estudiados.

*CUADRO Nº 3*

GRADO DE INSTRUCCION:

| Primaria | Líderes | % | Gerentes | % |
|---|---|---|---|---|
| De 1º a 2º Año | 3 | 4'28 | 0 | 0 |
| De 3º a 4º Año | 7 | 10'00 | 0 | 0 |
| De 4º a 5º Año | 35 | 50'00 | 1 | 3'44 |
| Secundaria | | | | |
| De 1º a 2º Año | 8 | 11'42 | 1 | 3'44 |
| De 3º a 4º Año | 7 | 10'00 | 1 | 3'44 |
| De 5º Año | 7 | 10'00 | 17 | 58'61 |
| Superior | 0 | 0 | 7 | 24'13 |
| Sin Especificar | 3 | 4'28 | 2 | 6'89 |
| TOTALES | 70 | 99'98 | 29 | 99'95 |

Como datos interesantes sobre el material humano de los dos grupos (15 líderes y 4 gerentes) que se negaron a participar en la prueba del "Inventario de la Personalidad", debemos decir que, de los 15 líderes sometidos, anteriormente, al interrogatorio con el Indice Médico de CORNELL (2), 11 de ellos tenían más de 5 respuestas positivas —R SI (M-R) y de los 4 gerentes sólo uno había alcanzado valores mayores a más de 6 respuestas R SI (M-R). Estos resultados están indicando obviamente que una amplia mayoría de los que se resistieron a la aplicación del "Inventario" presentaba anormalidad en el área psicológica.

El "Inventario de la Personalidad" (The Personality Inventory) de BERNREUTER (3); es un test que mide diferentes aspectos de la personalidad a un mismo tiempo. Sus ventajas, entre otras, estriba en que puede detectar fácilmente rasgos de la personalidad que no son facilmente determinados por otros medios y en que posee un alto grado de veracidad.

El "Inventario de la Personalidad" que fuera publicado por BERNREUTER en 1931, consiste en un cuestionario que consta de 125 preguntas relacionadas con las actitudes, hábitos o intereses del individuo. Estas preguntas del test fueron extraídas de tres escalas preexistentes: 1) de las pruebas C-2 de la Introversión de LAIRD, 2) del Inventario Neurótico de THURSTONE, 3) del estudio de las Reacciones de Ascendencia y Sumisión de ALLPORT y 4) de la prueba de Independencia del Ambiente Social de BERNREUTER.

El "Inventario de la Personalidad" de BERNREUTER a través de sus 125 preguntas trata de detectar en la personalidad cuatro aspectos importantes que son: 1) Tendencia a la neurosis, 2) Independencia del ambiente Social, 3) Grado de Introversión-Extroversión y 4) Grado de Denominación-Sumisión. Varios autores e inciuso el mismo BERNREUTER ha tratado posteriormente de hacer modificaciones reduciendo o aumentando el número de escalas del test, pero nosotros en nuestro estudio hemos considerado las cuatro primeras escalas propuestas por BERNREUTER, en su primera publicación, porque las consideramos satisfactorias para nuestra investigación.

A continuación pasamos a describir cada una de las escalas con sus símbolos representativos.

B1-N, mide la tendencia neurótica (Neurotic-tendency). Personas con puntajes altos en esta escala tienen la tendencia a ser emocionalmente inestables. Los puntajes por encima de un percentil de 98, se beneficiarán probablemente con consejo médico o psiquiátrico, puntajes por debajo de estos valores representan a personas emocionalmente balanceadas, en cambio, puntajes muy bajos caracterizan a personas poco escrupulosas e impávidas.

B2-S, mide el grado de independencia del ambiente social (self-sufficiency). Personas con puntajes altos en esta escala prefieren estar solas, rara vez buscan simpatía y tienen la tendencia a ignorar el consejo de los demás. Las personas que alcanzan puntajes bajos no les agrada la soledad y buscan simpatía y compañía en los demás; es decir, son dependientes del ambiente social.

B3-I, mide el grado de introversión-extroversión (introversión-extroversión). Las personas que alcanzan puntajes altos en esta escala tienden a ser introvertidas, es decir, son imaginativos teniendo la tendencia a vivir "dentro de sí mismos" (rica vida interior). Puntajes por encima del percentil 98 tienen el mismo significado que el de los puntajes similares en la escala B1-N. Aquellos que alcanzan puntajes bajos son extrovertidos y rara vez se preocupan o sufren crisis emocionales ni sustituyen sus sueños diurnos por la acción.

B4-D, mide el grado de dominación-sumisión (Dominance-Submission). Personas que alcanzan puntajes altos en esta escala tienden a dominar a otros en situaciones de "cara a cara"; y aquellos que alcanzan puntajes bajos tienden a la sumisión.

El cuestionario consta de 125 preguntas las que deben ser respondidas por el examinado haciendo un círculo alrededor de las designaciones "SI", "NO" y del signo de interrogación "?" si le es difícil decidirse. Cada respuesta en la calificación tiene cierta cantidad de puntos ("pesos") en relación con cada uno de los rasgos de carácter indicado; de donde resultan 4 "escalas" o "claves". La cantidad de "puntos" depende del valor diagnóstico que la contestación tiene en relación con cada uno de los rasgos considerados. Así, la misma respuesta puede ser muy significativa respecto a un rasgo o tendencia, pero no para otra.

En la calificación de los cuestionarios obtenidos hemos seguido las indicaciones dadas por BERNREUTER en su manual (3).

En la aplicación del "Inventario" en nuestro medio no somos los primeros, ya se han hecho una serie de estudios anteriores que demuestran su validez y utilidad. Los trabajos de BLUMENFELD (4), (5), (7) y BLUMENFELD y TAPIA (10), como los de GUILLÉN (6), MAJLUF (8) y ALEGRE (9) revelan resultados interesantes de la aplicación del "Inventario de la Personalidad" en ciertos grupos de población peruana.

## RESULTADOS

De los resultados obtenidos mediante el "Inventario de la Personalidad" de BERNREUTER, se desprende una serie de hechos que nos van a dar un conocimiento mayor en el estudio por demás interesante del dirigente de empresa y del líder sindical. A continuación, en la revisión de nuestros hallazgos, vamos a ver más claramente las características psicológicas de cada grupo, sus puntos de contacto, las divergencias y las causas que influyen en la producción de las mismas. Para una mejor comprensión de los resultados los presentaremos en relación a cada una de las escalas del Inventario.

*BI-N. Tendencia a la Neurosis.—* Esta escala, según BERNREUTER, y como ya lo hemos dicho anteriormente, señala los rasgos neuróticos del sujeto. El cuadro Nº 4 representa la distribución de los resultados en los dos grupos.

*CUADRO Nº 4*

DISTRIBUCION DE LOS GRUPOS SEGUN SUS PUNTAJES EN LA ESCALA B1-N

| Puntajes | Gerentes | % | Líderes | % |
|---|---|---|---|---|
| 1-10 | 1 | 3'44 | 2 | 2'85 |
| 11-20 | 3 | 10'34 | 4 | 5'71 |
| 21-50 | 8 | 27'58 | 17 | 24'28 |
| 51-80 | 15 | 51'72 | 35 | 50'00 |
| 81-90 | 2 | 6'87 | 10 | 14'28 |
| 91-100 | 0 | 0 | 2 | 2'85 |
| TOTALES | 29 | | 70 | |

La escala B1-N tiene una calificación que va de 0 a 100 puntos, los que para una mejor sistematización lo dividiremos en tres grupos.

1) El primer grupo representa los puntajes extremos, es decir los comprendidos entre 91 y 100, y 0 a 10. De 91 a 100 indican inestabilidad emocional y otros rasgos que pueden corresponder a la sintomatología de la neurosis. Según BERNREUTER sujetos con estos valores se beneficiarían con consejo psiquiátrico. Asímismo las personas que obtienen resultados dentro de

los 10 primeros puntos (de 0 a 10), pueden ser considerados como poco capaces de experimentar emociones, sin calor social, y hasta poco escrupulosos; es decir un grupo extremadamente opuesto al anterior, pero con las mismas necesidades terapéuticas de aquel. Los sujetos que hayan obtenido puntajes dentro de estos dos grupos extremos pueden presentar serios problemas en las relaciones interpersonales porque fácilmente podrían entrar en conflicto entre sí y con los demás por su serio desequilibrio emocional. Se ha encontrado en nuestro estudio con el puntaje de 91 a 100 ningún exponente entre los gerentes, y 2.85% entre los dirigentes sindicales. Con puntaje extremo de 0 a 10, tenemos el 3.44% de los gerentes y 2.85% de los líderes sindicales. Si observamos unicamente este grupo de los extremos, vemos que entre los líderes hay mayor número de sujetos, que, por sus características psicológicas, pueden traer dificultades en las relaciones laborales.

2) El segundo grupo corresponde a individuos con puntajes de 81 a 90 y de 11 a 20, es decir dos subgrupos con estos valores. Los sujetos con cifras de 81 a 90 son personas con marcados rasgos que se aproximan a los del grupo anterior, pero sin revestir la gravedad de éste, lo que quiere decir que no viven en constante conflicto; pero que puede considerarse como rasgo dominante de carácter o peculiaridad. El puntaje entre 11 y 20 indica características semejantes pero correspondientes al otro extremo, son sujetos despreocupados de los demás, pero que pueden asimismo, en ciertas circunstancias crear conflicto. En puntajes de 81 a 90 tenemos en los gerentes el 6.87% y en los líderes 14.28%. Se observa claramente que hay una marcada diferencia entre estas cifras, siempre en desfavor del líder sindical. Para el otro extremo de 11 a 20, con marcados rasgos de despreocupación, irresponsabilidad y falta de escrúpulos, tenemos entre los gerentes 10.34% y en los líderes 5.71%. Aquí a diferencia, que en el otro grupo, antes visto, los gerentes casi doblan en porcentaje a los líderes sindicales, además vemos la relación que hay con el primer grupo de este extremo.

3) En el tercer grupo veremos los sujetos cuyos puntajes están comprendidos entre 21 y 80, donde está incluída la mayoría; también aquí se elaboran dos subgrupos: Uno de 51 a 80, quienes presentan rasgos orientados hacia el extremo superior; y el otro situado entre las cifras de 21 a 50, que se inclinan hacia el otro extremo. En ambos grupos están los sujetos que conviven sin traer dificultades sociales. Hemos hallado, que dentro del primer subgrupo en lòs gerentes hay 51.72% y en los líderes sindicales 50% lo que revela un paralelismo marcado. En el segundo subgrupo hemos encontrado en los gerentes 27.58% y entre los líderes sindicales 24.28%; en este caso la diferencia no es muy marcada tampoco. Estos resultados eran de esperarse ya que aquí debe hallarse la mayoría de los sujetos sin alteraciones emocionales.

*B2-S. Independencia del ambiente social.*— Esta escala tiene por función determinar en el individuo la tendencia a la independencia o dependencia de su ambiente social. En esta escala, como en todas del "Inventario", el puntaje representativo va de 0 a 100 puntos y toda esta calificación se divide en

tres grupos teniendo cada uno una valoración que se desplaza de los límites de la anormalidad al de normalidad. Analicemos cada uno de estos tres grupos examinando en el Cuadro Nº 5 los resultados obtenidos en nuestros probandos.

*CUADRO Nº 5*

DISTRIBUCION DE LOS DOS GRUPOS SEGUN SUS PUNTAJES EN LA ESCALA B2-S

| Puntaje | Gerentes | % | Líderes | % |
|---|---|---|---|---|
| 1-10 | 1 | 3'44 | 11 | 15'71 |
| 11-20 | 1 | 3'44 | 11 | 15'71 |
| 21-50 | 9 | 31'03 | 32 | 45'71 |
| 51-80 | 18 | 62'06 | 13 | 18'57 |
| 81-90 | 0 | 0 | 2 | 2'85 |
| 91-100 | 0 | 0 | 1 | 1'42 |
| TOTALES | 29 | | 70 | |

1) El primer grupo de la escala se divide en 2 subgrupos que corresponden a los extremos mayor o menor de acuerdo al puntaje. Las personas que alcanzan cifras altas comprendidas entre 91 y 100 son sujetos con fuerte tendencia a la independencia de su ambiente social, es decir a una independencia que los desvincula afectivamente de su propio grupo social y le da una autosuficiencia extrema que linda con la anormalidad. Analizando nuestros resultados encontramos que no hay gerentes que puedan ser representantes de este grupo; pero sí líderes y en un 1.42%, cifra indudablemente baja. Las personas que obtienen puntajes bajos que van de 0 a 10 se caracterizan por una gran dependencia al ambiente social, que podría calificarse de anormal. Dentro de este subgrupo encontramos un 3.44% de gerentes y 15.71% de los líderes sindicales. Como se puede ver por estos resultados la intensa dependencia que linda con la anormalidad es mayor en los líderes que en los gerentes.

2) El segundo grupo de la escala estaría formado por dos subgrupos que representan individuos con rasgos dominantes opuestos y orientados hacia ambos extremos, es decir a la independencia o dependencia. Un subgrupo que cae entre los puntajes de 81 a 90 representa a personas con rasgos dominantes a la independencia o autosuficiencia. Este subgrupo no encuentra exponente en el grupo de gerentes pero sí en los líderes alcanzando un bajo porcentaje de 2.85%. El otro subgrupo, al otro extremo de la escala, dentro de los valores de 11 a 20, está representado por individuos con rasgos dominantes a la dependencia. Los resultados obtenidos en este extremo de la escala alcanza en el grupo de gerentes un 3.44% y en el de líderes un 15.71%. Como se puede ver en estas cifras el grupo sindical mantiene una mayor proporción, con fuerte tendencia a la dependencia.

3) El tercer grupo es donde oscilan los límites normales de las características de Dependencia-Independencia. En este grupo están, los dos subgrupos, normales que se colocan en los extremos comprendidos entre los puntajes de 51 a 80 y de 21 a 50. Los individuos con puntajes que van de 51 a 80 presentan una tendencia moderada y normal a la independencia del ambiente social. En este subgrupo como se puede observar en el cuadro Nº 5 los gerentes tienen una representación del 62.6% y los líderes de un 18.57%. Se ve claramente que, en estos valores, hay en los gerentes una mayor tendencia a la independencia del ambiente que en los líderes. Las cifras que fluctúan entre 21-50 representan a individuos con rasgos de una dependencia normal, que en el grupo de gerentes arroja resultados del 31.03% y en el de los líderes un 45.71%. Estos últimos resultados confirman que en los líderes hay una mayor tendencia normal o anormal hacia la dependencia de su grupo social y que al contrario en los gerentes predomina la independencia en sus dos niveles.

*B3-I. Introversión-Extroversión.—* La escala B3-I tiene por función determinar el grado de introversión o extroversión normal o anormal que un individuo puede tener. Ya habíamos dicho que todas las escalas del Inventario tienen una calificación (puntaje) que se desplaza de 0 a 100. Los puntajes altos en esta escala, que van de 51 a 100 representan la tendencia a la introversión y los que van de 0 a 50 la tendencia a la extroversión. Los introvertidos, según esta escala, son sujetos imaginativos, de rica vida interior, es decir que están mucho más preocupados por su propia vida interior (mental) que por la realidad. Los extrovertidos por el contrario son individuos más comunicativos y preocupados por el mundo que los rodea que por sus propias fantasías.

Los resultados obtenidos en esta escala que se representan en el cuadro Nº 6 serán considerados según su mayor o menor tendencia a la introversión o a la extroversión.

*CUADRO Nº 6*

DISTRIBUCION DE LOS DOS GRUPOS SEGUN SUS PUNTAJES EN LA ESCALA B3-I

| Puntaje | Gerentes | % | Líderes | % |
|---|---|---|---|---|
| 1-10 | 1 | 3.44 | 3 | 4.28 |
| 11-20 | 2 | 6.87 | 6 | 8.57 |
| 21-50 | 13 | 44.82 | 16 | 22.85 |
| 51-80 | 12 | 41.37 | 32 | 45.71 |
| 81-90 | 0 | 0 | 10 | 14.28 |
| 91-100 | 1 | 3.44 | 3 | 4.28 |
| TOTALES | 29 | | 70 | |

En esta escala, también el puntaje se distribuye en tres grupos que se orientan de los extremos, donde las tendencias muestran marcada exageración, al centro donde encajan perfectamente en la normalidad:

1) El primer grupo, que se coloca en los extremos de la escala, comprende dos subgrupos: Uno que representa a los individuos francamente introvertidos que obtienen puntajes entre 91 y 100. Este grado de introversión por su profundidad con su consecuente dificultad de contacto con la realidad puede ser calificado de anormal. En este subgrupo hemos encontrado un 3.44% de gerentes y un 4.28% de líderes sindicales. Como se puede ver estos porcentajes son casi similares con muy discreto predominio del grupo sindical. El segundo subgrupo reune a los individuos que obtienen puntajes entre 0 y 10 y se caracterizan por una tendencia a la extroversión que linda con lo anormal. En este grupo, que podría calificarse de anormalmente extrovertido, encontramos un 3.44% de gerentes y un 4.28% de líderes. Valores indudablemente exactos que los obtenidos en el subgrupo anterior, lo que indica un balance de estas tendencias, en sus niveles anormales, en los dos grupos industriales.

2) El segundo grupo comprende a individuos con rasgos dominantes a la introversión o a la extroversión. Estos rasgos más o menos balanceados pueden fácilmente bajo ciertas circunstancias, tornarse anormales y crear dificultades en las relaciones interpersonales. Este grupo se divide también, en dos subgrupos que se orientan hacia los extremos. El primero agrupa a individuos con puntajes que van de 81 a 90 y está representado, en nuestros resultados, por el 12.48% de los líderes sindicales y el 0% de los gerentes. Aquí, como se puede observar hay una diferencia marcada entre los dos grupos industriales con una gran mayoría a favor de líderes, con rasgos dominantes de introversión, frente a una falta total de exponente de los directivos en este subgrupo. El segundo subgrupo está constituído por individuos que alcanzan un puntaje que fluctua entre 11 y 20 y que se caracterizan por una tendencia dominante a la extroversión. Nuestros resultados dentro de este subgrupo arroja un 6.87% en los gerentes y un 8.57% en los líderes. En estos resultados se observa un discreto predominio de los líderes sobre los gerentes. Lo que hace pensar que en esta escala se encuentra un predominio de los líderes con rasgos discretos o manifiestamente anormales en cualquiera de las dos tendencias.

3) El tercer grupo con variantes normales hacia la introversión o extroversión está constituído, también por dos subgrupos. El primero agrupa individuos con rasgos normales de introversión, que tienen un puntaje comprendido entre 51 y 80. En este subgrupo encontramos el 41.37% de gerentes y el 45.71% de dirigentes sindicales. En el segundo subgrupo, que comprende a individuos con puntajes de 21 a 50, con caracteres de una extroversión perfectamente normal, registramos un 44.82% del grupo de gerentes y el 22.85%

del de líderes. Por estos resultados es evidente que la extroversión normal es mayor en los gerentes que en los líderes y la introversión normal es discretamente mayor en los líderes.

*B4-D. Dominación-Sumisión.*— Esta escala determina, en el individuo, la tendencia a la dominación o sumisión. La explicación del significado psicológico de estas tendencias es facil deducirlo de su nombre mismo y en este sentido ya hemos dicho que las personas que alcanzan puntajes altos en la escala tienden a dominar a otros en situaciones de "cara a cara" y las que alcanzan puntajes bajos tienden a la sumisión. La escala tiene una calificación en puntos igual a las anteriores y según esta valoración los resultados obtenidos, que se presentan en el cuadro Nº 7 se dividirán en tres grupos.

*CUADRO Nº 7*

DISTRIBUCION DE LOS DOS GRUPOS SEGUN SUS PUNTAJES EN LA ESCALA B4-D

| Puntaje | Gerentes | % | Líderes | % |
|---|---|---|---|---|
| 1-10 | 1 | 3.44 | 5 | 7.14 |
| 11-20 | 2 | 6.87 | 4 | 5.71 |
| 21-50 | 13 | 44.82 | 30 | 42.85 |
| 51-80 | 10 | 34.48 | 24 | 34.28 |
| 81-90 | 3 | 10.34 | 3 | 4.28 |
| 91-100 | 0 | 0 | 4 | 5.71 |
| TOTALES | 29 | | 70 | |

1) El primer grupo está constituído por individuos que caen en los extremos, considerados anormales, de la tendencia a la dominación y sumisión. Siendo dos los extremos quiere decir que el grupo se divide en dos subgrupos con sus respectivas calificaciones. El primero que corresponde a los individuos con puntajes entre 91 y 100 y cuyas características psicológicas reflejan una tendencia a la dominación que podría ser considerada anormal. Entre este subgrupo encontramos un 5.71% de líderes sindicales y un 0% de gerentes. Esto indica, que, solamente, el grupo sindical tiene representación en este extremo anormal de la escala. El segundo subgrupo que se califica en los puntajes de 0 a 10 y que caracteriza a individuos extremadamente sumisos, alcanzó un porcentaje del 3.44% en gerentes y un 7.14% en los líderes. En estos resultados se aprecia una persistencia mayor de anormalidad a favor del grupo sindical.

2) El segundo grupo formado por individuos que presentan rasgos marcados hacia la dominación y sumisión; rasgos que pueden ser, más o menos

balanceados por el individuo en situaciones normales; pero que facilmente crearían conflicto en situación de "stress". Este grupo se divide, también, en dos subgrupos: Uno con tendencia a la dominación que presenta una calificación con puntajes de 81 a 90 y que en nuestros probandos alcanza valores del 10.34% en los directivos industriales y de 4.28% en los dirigentes sindicales. El otro subgrupo que se distribuye en la escala entre 11 y 20 puntos, representa a individuos con tendencia marcada a la sumisión y alcanza valores del 6.87% en gerentes y 5.71% en líderes. Se puede apreciar facilmente una mayoría de los directivos en los dos subgrupos.

3) El tercer grupo está constituído por aquellos probandos que tienen variaciones normales dentro de las tendencias a la dominación y sumisión y cuya calificación en la escala va de 51 a 80 y de 21 a 50, respectivamente en los dos subgrupos. Los resultados obtenidos indican que. probandos con rasgos de dominación normal están representados por el 34.4% de gerentes y por el 34.28% de los líderes, cifras que indudablemente casi son idénticas. Los probandos con rasgos de sumisión normal alcanzan valores en el grupo de gerentes del 44.82% y del 42.85% de los líderes.

## DISCUSION

A continuación pasaremos a hacer un análisis de los resultados obtenidos, en los dos grupos de probandos, siguiendo el orden de cada una de las escalas usadas en la investigación.

En la escala B1-N, que determina la tendencia a la neurosis o a la finalidad afectiva, los resultados indican obviamente que en el grupo de líderes sindicales el porcentaje de sujetos que pueden ser calificados de neuróticos es más elevado que en el grupo de gerentes y viceversa, el número de individuos con frialdad afectiva es mayor en los gerentes que entre los líderes. Estos resultados previos nos permiten afirmar que la neurosis y el desequilibrio emocional es mayor en el grupo sindical y que la falta de afectividad y calor social es mayor en el grupo directivo. La formación y organización de estos rasgos caractereológicos con tinte de anormalidad se plasman en los primeros años de la vida, en las primeras relaciones interpersonales. Sin embargo no debe olvidarse que hay situaciones y medios sociales donde se estimulan estos rasgos, permitiendo así una mayor liberación. En este sentido sabemos que las clases economicamente altas se permiten una mayor liberación de algunas normas culturales de tipo represivo. Hay normas culturales que se cumplen y se exigen mayormente en una clase social que en otra. Todos reconocemos que nuestra clase social media es víctima de una serie de exigencias y normas sociales represivas que no se cumplen en las clases economicamente superiores o inferiores.

Observando el diagrama B1-N, se puede ver que la distribución de los dos grupos con relación a la escala se inclina en los líderes hacia la neurosis y en los gerentes hacia el otro extremo de la llamada "patología por defecto"

o carencia afectiva. Esta distribución de los dos grupos puede hacernos pensar que el gerente tiene tendencia a ser un individuo frío, calculador y con poco calor social; en cambio el líder tendrá la tendencia hacia una inestabilidad emocional. Lo que explicaría, quizás, el hecho que sujetos efervecentes, con gran calor social, luchadores por su grupo social e idealistas llegarían a impresionar a su grupo y consecuentemente ser elegidos líderes para llevar adelante programas de defensa y reivindicación gremial.

Volviendo a observar el diagrama se encuentra, también, que en el grupo de gerentes hay mayor equilibrio emocional que en el de líderes .Si un grupo presenta mayor turbulencia emocional, sensibilidad excesiva y el otro revela una frialdad emocional se puede colegir las dificultades o problemas que surgirían en las relaciones laborales entre los dos.

Si pensamos que las relaciones laborales están expuestas a todos estos problemas de actitud que tornándose difíciles crean situaciones críticas, no se debe olvidar que los grupos que lindan con los extremos anormales de la escala y que presentan rasgos considerados como peculiaridad de carácter, pueden en estas circunstancias de crisis, tornarse las peculiaridades en francos rasgos anormales, creando consecuentemente mayores problemas en las relaciones obrero-patronales.

En la escala B2-S, que determina el grado de independencia o dependencia del ambiente social, hemos encontrado resultados por demás interesantes. En los líderes, por ejemplo, se registra una mayor tendencia a la dependencia al ambiente en sus dos niveles: normal y anormal. En cambio en los gerentes, el grado de dependencia en estos dos niveles es mucho menor. Hacia el otro lado de la escala la tendencia hacia la independencia del ambiente social en un nivel aceptable como normal, presenta en los gerentes un grado de tres veces mayor que en los líderes sindicales. En este mismo lado de la escala no se registran rasgos anormales de una independencia exagerada en el grupo directivo, mientras que estos rasgos se hacen evidentes, aunque en una incidencia muy baja en el grupo sindical.

Observando el diagrama B2-S, se puede objetivar un marcado desnivel en los dos grupos; en el cual los gerentes se inclinan hacia la independencia (normal) en más del 62% de su grupo y los líderes hacia la dependencia en sus dos niveles (normal y anormal) en más del 75%. Este desnivel con sus valores representativos nos permite afirmar que el líder normal o patológicamente, está mayormente atado emocionalmente a su ambiente social. Esta dependencia del líder tendría su explicación en su estructura familiar, cultural y social que se reflejan en que el líder vive unido a su propia clase. No ha ascendido de estrado social y si surge en su grupo como líder se identifica con él. El dirigente sindical lleva psicológicamente su grupo en sí y por ello lucha por él proyectando sus necesidades y exigencias en el grupo que representa. En cambio el gerente con frecuencia surge y se levanta de una clase economicamente media o pobre; al surgir de una clase así la abandona y asciende a otro estrato social economicamente superior y con el cual posi-

blemente ya no puede establecer relaciones afectivas profundas, instituyendo contactos a través de medios materiales. También podría decirse que la marcada independencia del ambiente social en el gerente ha tenido sus raíces en las primeras etapas de su vida las que motivaron la emigración desde su grupo social a otros estratos económicamente superiores.

En los líderes sindicales ya se ha dicho que la dependencia normal a su ambiente puede tener resultados beneficiosos porque a través de mecanismos psicológicos se identifican con su grupo y luchan por su defensa. Pero no hay que olvidar que de acuerdo a la escala un amplio porcentaje revela rasgos de una dependencia exagerada que podría calificarse de anormal; este amplio porcentaje presenta carácteres negativos de incapacidad hacia la auto afirmación y auto determinación. No pueden emitir sus propios juicios, ni tienen ideas propias, son sugestionables por lo que facilmente caerían bajo la influencia nociva de agitadores interesados que los inducirían a crear conflictos serios en las relaciones obrero-patronales.

Analizando los resultados obtenidos con la escala B3-I, que mide la tendencia a la introversión y extroversión, encontramos hacia el lado de la introversión, en los límites de la normalidad, un predominio de representativos del grupo sindical. En los límites de una introversión exagerada que sin ser anormal, se destaca como "peculiaridad" de caracter, encontramos que el predominio del grupo sindical es enorme y exclusivo porque los gerentes no tienen representativo. En los límites de una introversión anormal se mantiene la superioridad del porcentaje en el grupo sindical. En el otro extremo de la escala (extroversión) sucede lo contrario que lo encontrado en el extremo opuesto. En los límites de la normalidad el grupo de gerentes tiene una representación de casi el doble que el grupo sindical. En los límites de una extroversión marcada que puede ser rasgo "peculiar" de carácter como en los de una anormalidad franca, hay un discreto desnivel a favor del grupo sindical. Estos valores, en los extremos de la escala, son elocuentes al decirnos que las características de anormalidad se hallan mayormente representadas en el grupo sindical.

En el diagrama B3-I, se observa claramente que el grupo sindical se desplaza hacia la introversión y el de gerentes hacia la extroversión. Quizás merece recordar que los valores obtenidos con esta escala (B3-I) en los dos grupos guarda relación con los obtenidos en la escala B1-N de la tendencia a la neurosis, relación que ya ha sido encontrada por una serie de autores e incluso entre nosotros por BLUMENFELD (10). Estudios hechos, por algunos autores en nuestro medio, sobre los caracteres psicológicos del indígena le atribuyen una tendencia marcada a la introversión y parece que hay quienes afirman que estas características son el resultado de la pobreza y miseria que sufre el indígena peruano. Indudablemente estas explicaciones son ligeras y superficiales, ya que hasta el presente no se ha hecho un estudio sistemático de antropología cultural sobre este representativo del habitante peruano. La mayor tendencia hacia la introversión en los líderes, coincide con la tendencia

a la neurosis y a la dependencia del ambiente social. ¿Cómo podría explicarse esta coincidencia? Sería difícil decirlo; pero no hay duda que estas tendencias no pueden estar en contradicción. Explicar certeramente el predominio de los líderes por la tendencia a la introversión es muy difícil; pero podría suponerse que son factores de estructura familiar, de clase social y cultural en el cual las limitaciones económicas con todas sus consecuencias de hambre, miseria, pobres condiciones sanitarias, etc., precipitarían a asumir actitudes y defensas psicológicas del tipo de la introversión.

Por otra parte los resultados en gerentes, que indican que ellos son, en su mayoría, más independientes de su ambiente, extrovertidos y emocionalmente estables, nos hacen preguntarnos sobre cuales serían los factores que inciden favorablemente hacia un mejor equilibrio de salud emocional. Frente a este interrogante, podríamos responder que este mayor equilibrio tiene su influencia en la estructura familiar, condiciones de vida sociales y económicas que facilitan a proveer consecuentemente mejor salud.

En la cuarta escala B4-D (Dominación-Sumisión), los resultados obtenidos son interesantes. Ya hemos dicho que en cada una de las escalas hay dos extremos que se dividen de acuerdo al puntaje, en tres grupos que van del centro que corresponde a la normalidad hacia la periferia en la que se ubica la anormalidad.

Revisando los hallazgos en la tendencia a la dominación normal hay un equilibrio en los grupos de probandos, es decir, que ambos tienen casi igual número de representativos. En el segundo grupo de la tendencia marcada a la dominación que traduce peculiaridad de carácter, encontramos en los gerentes un porcentaje superior al doble que el alcanzado en el grupo sindical. En el tercer grupo que corresponde a una dominación anormal hay una desviación marcada hacia el grupo sindical, la que llega a un 6%, mientras en los gerentes no hay representación.

En el otro lado de la escala que corresponde a la sumisión encontramos en el primer grupo de la sumisión normal una representación casi similar en ambos grupos. Aquí llama la atención, como se puede apreciar en el diagrama B4-D, la desviación de los dos grupos está en franca mayoría hacia la sumisión. Parece un contrasentido que los dos grupos constituídos por dirigentes cuya función por su propia situación debe ser directriz, es decir de comando, dominante, ofrezcan en su mayoría una fuerte tendencia a la sumisión. Sin embargo esto sucede con frecuencia y la clínica psiquiátrica lo confirma al encontrarse en lo más profundo del mundo psicológico, por debajo de esa aparente capacidad de dominación fuertes sentimientos de sumisión e inferioridad, que se sobre compensan en la función de dirigente.

En el segundo grupo de la tendencia a la sumisión hay porcentajes casi similares en los dos grupos de probandos; y en el tercer grupo considerado dentro de la anormalidad hay un desnivel en favor de los líderes.

En resumen en esta escala hay en los líderes predominio de representativos en el nivel anormal sobre los ejecutivos; y en ambos grupos de proban-

dos, con discreta superioridad en los gerentes, existe una mayor tendencia a la sumisión que a la dominación.

Los resultados obtenidos nos permiten concluir diciendo que en los líderes sindicales es mayor el grado de desequilibrio emocional registrado en las cuatro escalas y que las tendencias a la neurosis, dependencia al ambiente e introversión es mayor en los líderes que en los gerentes; y que en estos últimos la indpendencia al ambiente social y extroversión es mayor. Como se puede ver las tendencias en predominio que presentan los líderes tienen relación entre sí como las que exhiben los gerentes. Además debemos indicar que los resultados obtenidos a través del Inventario usado confirman los hallazgos registrados, anteriormente, en estos dos grupos, con el Indice Médico de CORNELL (2).

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se hizo un estudio psicológico con el "Inventario de la Personalidad de BERNREUTER" en dos grupos humanos (gerentes y líderes), pertenecientes a 33 empresas industriales.

Los resultados obtenidos nos permiten concluir:

1.—Que el grado de disturbio emocional es mayor en los dirigentes sindicales que en los ejecutivos.

2.—Que la tendencia a la neurosis dependencia con respecto al ambiente social e introversión es mayor en el grupo sindical que en el de gerentes.

3.—Que la tendencia a la independencia y extroversión es mayor en los directivos industriales que en los líderes.

4.—Que en ambos grupos de dirigentes, aunque parezca un contrasentido es mayor la tendencia a la sumisión que a la dominación.

## BIBLIOGRAFIA

1.— CARAVEDO BALTAZÁR y VALDIVIA PONCE OSCAR. Problemas de la actitud y las Relaciones Obrero-Patronales. Perfil Económico. Año III, No. 27, Págs. 3-11, Marzo de 1959.

2.— CARAVEDO BALTAZAR y VALDIVIA PONCE OSCAR. Un Estudio de Salud Mental en una Muestra de Población Industrial, Departamento de Higiene Mental, M.S.P. y A.S., 1959.

3.— ROBERT S. BERNREUTER. Manual for the Personality Inventory Stanford University Press, Stanford California 1935.

4.— BLUMENFELD WALTER. Tendencia a la Introversión y a la Extroversión en la Juventud Peruana a base del Inventario de R.G. Bernreuter. Boletín I.P.N. Año VII. No. 2, 1948.

5.— BLUMENFELD WALTER. Análisis de las Tendencias a la Introversión y la Extroversión en el Perú y en los EE. UU. a base del Inventario de Bernreuter. Boletín I.P.N. Año VIII. No. 1, 1949.

6.— GUILLEN, GUILLEN EDMUNDO. Tendencia a la Socialidad de la Juventud Peruana a base del "Inventario de la Personalidad" de R.G. Bernreuter y la Escala HrS de Flanagan. Boletín I.P.N. Año VIII, No. 1. 1949.

7.— BLUMENFELD WALTER. Análisis de las tendencias y la "Introversión y la Extroversión" en el Perú y en los EE. UU. a base del "Inventario de la Personalidad" de Bernreuter. Tésis. Lima, Agosto 1950.

8.— MAJLUF ALEGRÍA. Estudio de las Tendencias a la "Independencia del Ambiente Social" y a la "Confianza en sí mismo", en la Juventud de ambos sexos de Lima, mediante el Inventario de la Personalidad de Bernreuter y la escala Fl-C de Flanagan. Tésis de Letras U.M.S. de Lima. Año 1954.

9.— ALEGRE ESPINOZA ESTHER. Perfiles caractereológicos de los educandos de ambos sexos de la Selva Peruana, a base del Inventario de la Personalidad de Robert Bernreuter y su comparación con los estudiantes de Lima y Estados Unidos. Tésis de Educación. Año 1955.

10.— BLUMENFELD WALTER, MARÍA VIOLETA TAPIA MENDIETA. Investigaciones sobre ciertos rasgos caracterológicos. Instituto de Psicopedagogía de la Facultad de Educación. Lima, 1956.

# EXPLICACIONES ORALES AGRESIVAS DE ENFERMEDAD EN UNA POBLACION MESTIZA

Por HUMBERTO ROTONDO **

La manera cómo las gentes interpretan las situaciones más importantes de su vida puede permitirnos conocer algo de sus actitudes, expectativas y temores más profundas, sobre todo cuando el individuo o su grupo se siente amenazado por lo que parece nuevo o muy difícil de superar o de resolver. No todos toleran bien la ignorancia respecto a situaciones ambiguas o complicadas. Entonces cualquier orden o punto de referencia disipa mágicamente las incertidumbres y proporciona una cierta seguridad subjetiva. Las creencias acerca del origen de las enfermedades, a este propósito, representan otras tantas hipótesis o conjeturas que el individuo tiene a mano para darse esos puntos o esquemas de referencia asegurantes.

La población de mestizos, migrada a Lima, se encuentra en un proceso del cambio cultural, tratando esforzadamente de ascender socialmente. Su educación formal deficiente, el incipiente e inicial contacto con muchos de los valores de la cultura occidental, entre ellos los concernientes a la salud y a la enfermedad, pueden dejarles en una primera etapa y aún después a merced de los sistemas interpretativos que han traído de sus respectivos pueblos. Traen consigo variadas creencias que rápidamente les permiten interpretar o explicarse las enfermedades suyas o de sus familiares. Estas creencias al parecer perduran aún después de muchos años de residencia en el medio urbano lo que da que pensar en su carácter central y profundo.

En este trabajo nos vamos a referir preferentemente a los diversos tipos y frecuencias de opiniones o creencias relativas al origen y prevención de las enfermedades en general que presenta una población-muestra integrada principalmente por mestizos serranos. Se trata de una población asentada en una típica barriada que ha sido estudiada desde variados puntos de vista: antropológico, sociológico y psicológico. Además, utilizamos la ilustración que pudieron ofrecer otros mestizos de similar extracción andina emigrados a la ciudad de Lima. Toda esa información nos permite, desde luego, buscar posi-

** Departamento de Higiene Mental, Ministerio de Salud Pública y A.S. Lima, Perú.

bles correlaciones entre todas esas variables. Nosotros hemos hallado para esa población y otras similares de inmigrantes mestizos de la sierra o región andina del Perú comunes características psicológicas que nos hacen pensar en la existencia de una personalidad "modal" para ese grupo humano.

Nuestra hipótesis de trabajo es de que existe alguna relación entre las creencias acerca del origen y prevención de la enfermedad y la personalidad básica de una misma población. Nos llamó mucho la atención la frecuente creencia de que una acumulación (supuesta) de alimentos no digeridos se considerara causa de toda clase de indisposiciones, o sea lo que se denomina el "empacho". Pero además notamos otra explicación muy común de enfermedad: la de atribuirla a debilidad ocasionada por una ingestión disminuida de alimento. Piensan que la "mala alimentación" es causa de muchas de las enfermedades desde la tuberculosis hasta las mismas enfermedades mentales. Evidentemente, esta creencia podría ser aprovechada pues el gran valor atribuido al alimento es un antecedente de la medicina folklórica sobre el cual pudiera operar más eficazmente la educación para la promoción de la salud.

Es posible que exista alguna vinculación entre las experiencias del desarrollo personal y la emergencia de esta noción o creencia. Las actitudes y creencias relativas a los alimentos y a la alimentación surgen en el curso de las transacciones interpersonales en el seno de la familia. MARGARED MEAD a este respecto nos dice: "Las actitudes básicas del individuo frente a los alimentos tienen su origen en la temprana experiencia alimenticia que se obtiene en los pechos maternos, en las papillas de la infancia o en la leche de los animales. El que el alimento sea considerado como algo muy rico que siempre abunda y está a la mano, como algo que es muy difícil de conseguir y por lo que hay que luchar, como algo incierto con lo que no cabe contar y que procura una ansiedad permanente, como algo cuya obtención depende exclusivamente del esfuerzo y del ingenio propio o como una mera relación entre madre e hijo, según las circunstancias del caso, es una noción que los niños adquieren mediante el modo en que son alimentados, generalmente con frecuencia, entre lamentaciones y protestas, de manera parca, caprichosamente, agresivamente, etc... Cabe asociar la fuerza de los adultos, que permite a estos permanecer largo tiempo sin alimentarse, con una generosa alimentación ofrecida de buena gana en la infancia o también, de manera contraria, con una experiencia de rígida austeridad y de parquedad considerable en el régimen alimenticio impuesto desde la primera infancia o después de unos primeros años generosamente alimentados... La manera especial en que los niños de una sociedad sean alimentados y destetados tendrá una importancia particular en relación con la conducta alimenticia de esa misma sociedad".

Nosotros pensamos que no sólo se condicionan así los hábitos o costumbres alimenticias sino también muchos rasgos de la personalidad básica y, en parte siguiendo a JOHN M. WHITING y a IRVIN CHILD, el valor especial atribuido o asignado al alimento en la producción y prevención de las enfermedades.

En su clásico estudio de adolescentes de la zona del East-Side de Londres, típica area de tugurios, encuentra B. M. SPINLEY múltiples privaciones orales en esos adolescentes y postula la hipótesis de que estas, conforme a ciertos planteamientos psicoanalíticos, tuvieran alguna relación o vinculación con la disposición depresiva de muchos de ellos. Entre nosotros disponemos ya de cierta información que denota una extendida privación y sobrevaloración oral en la población mestiza. EMILIO MAJLUF en un estudio del primer recuerdo en niñas mestizas, de condición pobre, halló una elevada frecuencia de temas de privación oral, con una insistencia sorprendente en el alimento. A este propósito comenta: "Es por demás conocido el estado de subnutrición en que vive la mayor parte de la población del Perú. Nuestros niños no consumen leche, carne y rara vez consumen dulces; esto nos daría a comprender por qué esta necesidad no satisfecha emerge con singular frecuencia en los relatos, que podemos considerarlos como una verdadera pantalla onírica en la que se proyectan las necesidades no satisfechas". De otro lado nosotros en un estudio de las respuestas emocionales de niños y adolescentes de una barriada hemos hallado que, muchos de ellos, vinculan lo mejor que pudiera haberles ocurrido con una buena alimentación. Es decir, desde muy temprano, se tiene evidencias del gran valor asignado a la alimentación.

La hipótesis fecunda de JOHN M. WHITING y de IRVIN CHILD plantea una probable relación entre prácticas de socialización del niño e ideas del adulto acerca de las causas de las enfermedades. Estos investigadores analizaron 75 culturas con el fin de verificar la hipótesis mencionada. Estudiaron cinco sistemas del proceso de socialización: oral, anal, sexual, el de dependencia y el de la agresión. Cada uno de ellos fue analizado en términos de satisfacción inicial, edad en que tuvo lugar la socialización y severidad de la misma, correlacionando luego esos datos con los de las diferentes explicaciones de enfermedad. La hipótesis central, en gran parte confirmada, la formularon de la manera siguiente: "En cualquiera sociedad a mayor ansiedad en la socialización de un sistema determinado (oral, anal, sexual, etc.), mayor será la tendencia a la explicación de enfermedades sobre la base de acontecimientos asociados a ese sistema...".

Es esa mayor ansiedad la que, de otro lado, condiciona precisamente una fijación negativa en el sistema. En cada fase del desarrollo emocional deben resolverse determinados conflictos y satisfacerse ciertas necesidades y si esto no ocurre persisten hasta la edad adulta manteniéndose el individuo en la búsqueda de lo que no ha hallado enfrentándose continuamente al problema que no ha resuelto.

## MATERIAL Y METODO

La muestra utilizada se halla integrada por 26 pobladores de una típica barriada limeña. Estos son: 13 varones y 13 mujeres. En cuanto a procedencia preponderan mayoritariamente los procedentes de la Sierra o región andina del Perú.

*GRUPO I*

LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS SUJETOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Lima ... ... ... ... ... ... ... | 1 | Cuzco ... ... ... ... ... | 1 |
| Callao ... ... ... ... ... ... ... | 1 | Huancavelica ... ... ... | 1 |
| Dep. Lima ... ... ... ... ... ... | 1 | Arequipa ... ... ... ... | 1 |
| Ayacucho ... ... ... ... ... ... | 3 | Junín ... ... ... ... ... ... | 1 |
| Ancash ... ... ... ... ... ... ... | 5 | Libertad (Sierra) ... ... | 1 |
| Cajamarca ... ... ... ... ... ... | 3 | Piura ... ... ... ... ... ... | 1 |
| Junín ... ... ... ... ... ... ... | 3 | Huánuco ... ... ... ... ... | 1 |
| Pasco ... ... ... ... ... ... ... | 1 | San Martín ... ... ... | 1 |

Si nosotros tomamos en cuenta ciertos criterios para tipificar etnicamente a nuestros sujetos vemos 1) que en cuanto al idioma hablado en el hogar 17 mencionan el castellano y 9 el quechua, 2) 9 refieren que sus padres y hermanos mascaban coca, 3) sólo 6 admiten que en su hogar tenían sirvientes y 4) en forma mayoritaria (21) mencionan que en las fiestas se bebía chicha.

*GRUPO II*

AÑO DE LLEGADA A LIMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1938 | 2 | 1950 | 2 |
| 1940 | 5 | 1952 | 1 |
| 1943 | 2 | 1953 | 1 |
| 1945 | 1 | 1955 | 1 |
| 1946 | 2 | 1957 | 1 |
| 1948 | 4 | Son de Lima | 2 |
| 1949 | 1 | Son del Callao | 1 |

En lo que se refiere a la ocupación de los padres predominan los agricultores (14), siguenles los artesanos (4), unos pocos pequeños comerciantes (2) y sólo 1 obrero.

*CUADRO III*

EDAD EN QUE VINIERON A LIMA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Edad en años | 6 | 1 | Edad | 22 | 2 |
| | 7 | 1 | | 27 | 2 |
| | 11 | 1 | | 29 | 1 |
| | 12 | 4 | | 30 | 3 |
| | 13 | 3 | | 32 | 1 |
| | 18 | 2 | | 37 | 1 |
| | 20 | 3 | | Son de Lima | 2 |
| | 21 | 1 | | Son del Callao | 1 |

Revisando los dos cuadros precedentes comprobamos dos características singulares de la muestra que merecen tenerse muy en cuenta: 1) Más del

50% tiene más de 10 años en Lima y un 30% alrededor de 5 años. 2) Más del 50% llegó en su niñez y adolescencia.

### *Hallazgos*

Veremos en primer término las diversas explicaciones que la población muestra suministra a propósito del origen o causa de las enfermedades en general.

*CUADRO IV*

ORIGEN DE LAS ENFERMEDADES

(Número de opiniones en la población muestra)

| | |
|---|---|
| Mala alimentación, debilidad | 12 |
| Descuido | 7 |
| Contagio | 6 |
| Frío | 5 |
| Falta de aseo | 5 |
| Mala vida | 2 |
| Desarreglos del cuerpo | 1 |
| Mal aseo de la boca y del estómago | 1 |
| Cansancio | 1 |
| Asunto de suerte | 1 |
| Malas noches | 1 |
| Porque Dios quiere | 1 |
| No sé | 1 |

Analizando las opiniones relativas a la probable causa de las enfermedades comprobamos que predominan aquellas que la encuentran en la "mala alimentación" y en la "debilidad" consiguiente.

"La mala alimentación", según dicen, es causa de toda clase de enfermedades. Entresacamos algunas de estas opiniones: "por falta de alimentos da la tuberculosis (O.G.E. Cuzco)", "Las enfermedades se producen por llevar mala vida, no comer y pasar malas noches (J.G. Llata-Huamalíes), "las enfermedades se producen por el cansancio del trabajo, la falta de comida, puede deberse al frío (J. H. Huaigayoc)"... "Se enfermó por que no comía", "se puso nervioso por la debilidad" declaran tanto pacientes como sus allegados o parientes. Hemos comprobado que piensan que los agentes eficaces en la producción de la enfermedad son la mala calidad de los alimentos y su escasa ingestión. Por otra parte los parientes sugieren para sus enfermos "una buena alimentación para que se curen" e incluso muchas veces, es fácil verificar en Hospitales cuan tercamente solicitan su alta para "curarles con buenos alimentos en la casa"... no importa el diagnóstico médico.

El frío, y el "aire" son también frecuentes explicaciones de enfermedad. Estas creencias que hemos hallado en mestizos serranos inmigrados a la ciu-

dad de Lima se encuentran también en los grupos indígenas de la Sierra o región andina. Conexas a esas creencias se encuentran las recomendaciones de "evitar los aires" o de "no mojarse" para evitar las enfermedades. Estas explicaciones, a veces, se ofrecen hasta para las enfermedades nerviosas. M. T. chola de Yungas, explica así su depresión post-partum: "Yo me he enfermado dando a luz, hijito me orinó el pié, me dio el aire. Me enfermé de frío doctor o de calor. Calor tenía después de dar a luz. De aire, estaba sudando y me agarró fiebre con catarro. Tengo dolor de cabeza. A veces pienso en que quizás sea brujería. Pienso por horas pero me digo: ¿quién podría hacerme brujerías?. Uno vive tranquila con su esposo, envidiosos no faltan... Uno se enferma por frío, a veces por suciedades, por falta de alimentos... Antes de enfermarme comía bien...".

Otro agente causal de enfermedad resulta la "mala vida", y las "malas noches", términos que en el lenguaje de la población estudiada denotan alguna trasgresión a la buena conducta o, en general, una vida disipada o licenciosa. Esta explicación prácticamente de tipo "moralista" resulta afine a la extendida creencia de la época Inca que relacionaba la enfermedad al pecado.

*CUADRO V*

PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES

(Número de opiniones en la población-muestra)

| | |
|---|---|
| Alimentarse bien | 10 |
| Cuidarse | 9 |
| No hacer desarreglos, vida metódica | 4 |
| No mojarse, evitar el frío, no salir al aire | 4 |
| No embriagarse | 2 |
| No se puede evitar | 3 |
| Rogar a Dios | 1 |
| Eliminando focos de infección | 1 |
| Dormir bién | 1 |
| Acudir al médico | 3 |
| Vacunarse | 1 |
| Remedios y preventivos | 1 |
| Cuidarse pero es cuestión de suerte | 1 |
| Vivir tranquilos sin preocupaciones | 1 |
| No pasar malas noches | 4 |
| Evitar contagios | 1 |

Al revisar la información consignada en el cuadro V vemos que los métodos de prevención, que sustenta la medicina folklórica del grupo de mestizos estudiado, guardan cierta correspondencia significativa con las creencias acerca del orígen de las enfermedades. Predomina la opinión de que las enfermedades se evitan "alimentándose bien". A. O. de San Marcos (Huaraz) nos dice: "uno debe cuidarse, no ir mucho a bailes, ni hacer desarreglos (mojarse) y sobre todo comer bastante". M. Q. de Arequipa manifiesta que las "enfermedades se evitan con una vida metódica y comiendo alimentos sanos".

Nuevamente comprobamos el valor que le asignan a la "vida metódica", al "no pasar malas noches", es decir al estar alejados de las francachelas nocturnas... Luego así como el "aire" enferma —según creen— "no saliendo al aire", es decir evitando las "corrientes" o el viento no vienen las enfermedades... "lo más seguro es no salir al aire sudando, no coger agua en las noches...".

El fatalismo o sea la creencia de que inevitablemente las cosas han de salir mal no deja de hacerse presente a propósito de las enfermedades. Para algunos de estos mestizos la enfermedad "no se puede evitar" "*pues cuando uno está con las malas por más cuidados que tenga se enferma*" (J. S. Pataz, La Libertad)...

*CUADRO VI*

RELACION PERCIBIDA ENTRE EL BUEN COMPORTAMIENTO Y LA ENFERMEDAD.

"Si uno se porta bien se enferma menos"

| Respuestas | Número de sujetos |
|---|---|
| Sí | 13 |
| Nó | 10 |
| Se enferma lo mismo | 2 |
| Es cosa de Dios | 1 |

Inspeccionando los cuadros VI y VII comprobamos que una buena proporción encuentra cierta responsabilidad personal en el origen de las enfermedades. Así piensan que si uno "se porta bien" o lleva una vida metódica no se enferma. Esto coloca un énfasis en lo que podría ser un acatamiento a normas o patrones de "buena conducta": "si uno se porta bien no le pasa nada", "si uno es bueno, Dios le ayuda y no se enferma". A través de estas declaraciones se advierte la creencia de que uno es "responsable de su enfermedad": "portándose bien, no se enferma uno", pero además se trasluce la expectativa de un premio, o sea la salud, por el "buen comportamiento.

*CUADRO VII*

EL ACONDICIONAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

| Opiniones | Número de sujetos |
|---|---|
| Cae enfermo el que se lo merece .............. | 4 |
| Cualquiera se enferma .............. | 7 |
| Los malos no se enferman .............. | 1 |
| Depende de la voluntad de Dios .............. | 4 |
| Es asunto de suerte .............. | 5 |
| Descuido .............. | 4 |
| Por trabajar .............. | 2 |

Planteamos la hipótesis de que estas creencias se vinculan estrechamente al fenómeno de la dependencia, tan frecuente en esa misma población.

Sin embargo coexisten a propósito del orígen de las enfermedades otras creencias como la de pensar que las enfermedades "son cosa de Dios", "son asunto de suerte" o pueden provenir de la maldad ajena (daño o brujería).

Está bastante extendida la opinión de que las enfermedades son "asunto de suerte". Como señalamos en otro estudio la creencia en la "suerte" es modal en la población mestiza y prácticamente estructura un mundo en que el individuo se siente a merced de fuerzas extra-personales que de repente cambian el curso de su vida para su bien ("buena suerte") o para su mal ("mala suerte"): "Se enferman por igual los que se lo merecen y los que no se lo merecen, debe ser asunto de suerte, unos la tienen, otros no (V. C. Tarma)".

Hemos hallado en unos mismos individuos variados tipos de creencias en relación al orígen de las enfermedades. Muchas veces cambian las interpretaciones sucesivamente cuando la enfermedad es algo desconcertante, poco común, en cuyo caso terminan por creer que su aparición se debe a la "brujería" o al "daño"...

Sin embargo no debemos olvidar que un grueso nucleo de inmigrantes tiene concerniente a las probables causas de enfermedad puntos de vista netamente naturalistas: "cualquiera se enferma". Entre las causas de este tipo destacan: "el contagio", "el desaseo". Este tipo de explicación excluye generalmente las que colocan un énfasis en la responsabilidad personal, en la suerte y en el daño: "nadie está libre de las enfermedades, asi se porte uno bien o mal...".

Las creencias en el daño, el mal de ojo y el susto como causas de enfermedad se encuentran muy difundidas en la población de mestizos migrada a Lima, perdurando aún después de varios años de permanencia en el medio urbano.

*CUADRO VIII*

CREENCIA EN EL "DAÑO", "MAL DE OJO" Y "SUSTO"
(26 SUJETOS, NUMERO DE OPINIONES)

| | |
|---|---|
| Creen en el "daño" | 14 |
| Creen en el "mal de ojo" | 16 |
| Creen en el "susto" | 17 |

COMENTARIO

En primer lugar destacamos algunos hallazgos significativos: la edad en que llegó la mayoría a Lima y el tiempo de su estadía en el medio urbano. En cuanto a la primera diremos que la edad reducida (niñez y adolescencia) en la época de arribo a la ciudad no fue al parecer un factor favorable para un cambio de opiniones o creencias en relación al orígen de las enfermeda-

des. El largo período de residencia, de gran parte de ellos, en el medio urbano, tampoco parece haber favorecido un cambio de esas creencias: después de más de diez años en Lima siguen con muchas de las creencias típicas del medio rural-serrano de donde proceden. Esto nos inclina a pensar que dichas creencias tan estables tuvieran alguna relación con respecto a un sistema de disposiciones personales profundas y significativas.

J. DARLEY estudiando el grado de resistencia al cambio de una variedad de actitudes y opiniones personales encontró un cierto orden de menor a mayor estabilidad o fijeza que enumera como sigue: 1) actitudes, recientemente adquiridas, con respecto a objetos no vinculados al Yo, 2) opiniones basadas en la ignorancia o mala información, 3) supersticiones, 4) prejuicios profundamente arraigados, 5) opiniones sistemáticas y estereotipos basados en un adiestramiento en la época de la niñez, 6) opiniones sobre sí mismos. En vista de nuestros hallazgos nos parece que las opiniones sobre el origen de las enfermedades pertenezcan al grupo 5 de la clasificación de DARLEY.

Otro factor que a nuestro entender ha contribuído poderosamente a la estabilidad de las creencias relativas al origen de las enfermedades es el hecho claro y evidente de que la familia, en la población estudiada, continúa siendo un efectivo grupo de referencia. Anotaremos que con la migración no se perdieron los vínculos con la familia de procedencia y con los parientes que integran la familia amplia. La mayor parte llegó a Lima con familiares, se alojó en casas de parientes y en el medio urbano mantuvo un contínuo e intenso intercambio con ellos. Esto quizás fue factor de refuerzo de esas actitudes tempranamente adquiridas que, de otro lado, forman parte de un conjunto coherente en el nivel de la personalidad básica.

Seguidamente analizaremos los diversos tipos de agentes que de acuerdo a la opinión de la población estudiada desempeñan algún papel en la etiología de las enfermedades. Unos son de un tipo personal: los brujos o personas encargadas de hacer el daño, otros tienen un carácter supra-personal: Dios o la "suerte", aparte de los agentes materiales de tipo natural.

Otra variable a tenerse en cuenta en el análisis de las explicaciones de enfermedad es el grado en que el paciente mismo se cree responsable de su propia enfermedad. Como hemos señalado un 50% de la población estudiada admite cierta responsabilidad personal y halla una cierta relación entre "buen comportamiento" y enfermedad pues admiten que "si uno se porta bien se enferma menos". Sin embargo no comprobamos referencias directas a una relación entre pecado y enfermedad, cosa que, al parecer, estuvo muy difundida en la cultura indígena Inca. A este respecto muchos cronistas registran información valiosa: "tenían por opinión que todas las enfermedades venían de pecado que hubiesen hecho (Polo de Ondegardo)...".

Agrupando toda la información pertinente prepondera la creencia de que el individuo es víctima de fuerzas extrañas que pueden causarle enfermedad: las potencias de la "Brujería" y de la "mala suerte". Esta manera de ver guarda, sin duda alguna, conexión a su visión del mundo el que es percibido

preñado de amenazas y peligros y en donde se encontrarían a merced de los "azares" de la mala suerte que sin avisar golpea y desvía el curso de la vida en el sentido del mal y de la enfermedad. Es decir el individuo se siente a merced de fuerzas agresivas que no puede prever o evitar. Tal manera de considerar su situación en el mundo traduce la existencia de intensa ansiedad y agresividad latentes en esa población, cosa que hemos podido confirmar, valiéndonos de otros medios.

En lo que atañe a los actos responsables de las enfermedades tenemos que éstos van desde el exponerse a la acción de ciertos agentes conceptuados morbígenos (aire, frío) o llevar mala vida" que es "pasar malas noches", "ir a fiestas", etc., aparte del hecho de ingerir alimentos de mala calidad, o dejar de ingerirlos en la debida cantidad, o tomar alimentos portadores del "daño"...

Buena parte de los materiales considerados, por la población estudiada, como productores de enfermedad son substancias que se ingieren, alimentos inadecuados o venenos... Según JOHN M. WHITING hay una explicación "oral" de enfermedad cuando se piensa que la actividad oral y las substancias que se ingieren y las que se dejan de ingerir, —agregaremos nosotros—, tienen que ver con el origen de las enfermedades. Esas explicaciones "orales" suelen acompañarse de "tabús" o prohibiciones alimenticias por ejemplo no comer alimentos considerados "fríos" o "indigestos" y de recomendaciones alimenticias como comer abundantemente...

J. M. WHITING halló una asociación significativa entre este tipo de explicación de enfermedad y una gran ansiedad en la etapa de socialización oral. Esto es lo que precisamente hemos encontrado en la población mestiza serrana, específicamente en la "chola" emergente o sea en aquel grupo que se halla en un proceso de intenso cambio cultural saliendo de la "cultura indígena". De otro lado la gran frecuencia de explicaciones agresivas de enfermedad no resultan extrañas a problemas en el area de la agresión en todo el curso del proceso de la socialización del cholo. Esta se caracteriza por una intensa agresividad recibida y un precoz adiestramiento para desviar oblicuamente o "desplazar" toda forma de agresividad personal, lo que da lugar a una elevada hostilidad latente que no dispone de canales adecuados de expresión. Como lo han destacado JOHN J. HONIGMAN y CLYDE KLUCKHOHN en aquellas culturas donde se evita la expresión franca de la hostilidad, y este es el caso del grupo "cholo", suelen engendrarse ansiedades e interviniendo un mecanismo de proyección complementaria condiciónase el temor a ser embrujado, la gran difusión de la creencia en el "daño"...

Después de este comentario resultan más comprensibles la probable vinculación de las explicaciones de enfermedad que hemos encontrado en una población "chola" con el síndrome caracterológico de pesimismo oral que hallamos en ese mismo conjunto humano. Resulta interesante que ese síndrome, de acuerdo a la formulación clásica de KARL ABRAHAM, correspondería a un tipo "oral no gratificado", es decir que ha sufrido intensas frustraciones

en el período "oral" del desarrollo personal. Este sindrome caracterizado por una cierta perspectiva pesimista de la vida, una tendencia a reaccionar en forma depresiva, por una actitud pasivo-receptiva, sentimientos de inseguridad, ambición desmedida y proclividad para la envidia, se vincularía estrechamente a la sobre-valoración del alimento y a la creencia en el "daño" como explicaciones de enfermedad. Sin embargo no deben tomarse simplistamente las frustraciones orales como meras privaciones alimenticias pues ese síndrome caracterológico no se halla condicionado solamente por experiencias aisladas de la crianza sino se relaciona a todo un contexto o maraña de transacciones interpersonales caracterizadas por su naturaleza ansiosa y hostil que indudablemente afectan el valor del alimento y de la alimentación, asunto preponderante de la primera época del desarrollo personal.

## RESUMEN

Se estudia en una población de mestizos, inmigrada a la ciudad de Lima e integrada mayoritariamente por nativos del area andina, la prevalencia de opiniones relativas al orígen de las enfermedades.

Hallóse una apreciable frecuencia de explicaciones orales, atribuyéndose todo tipo de enfermedad a la escasa ingestión de alimentos, al "empacho" o a la toma de substancias dañinas. La frecuente asociación de este tipo de explicación oral a la creencia en la brujería adquiere las características de un verdadero conjunto de explicaciones oral-agresivas, que interesantemente, conforme a las teorías de JOHN W. M. WHITING y de IRVIN CHILD, tienen un antecedente comprobado en intensa ansiedad en los sistemas orales y agresivos del desarrollo personal. Al parecer esas explicaciones, duraderas y firmes, se vincularían a disposiciones profundas probablemente en el nivel de la estructura de la personalidad básica.

## BIBLIOGRAFIA

1.— DARLEY, J. "Changes in measured attitude and adjustments". J. Soc. Psychol. 9: 189-199. 1938.
2.— HONIGMAN, J. J. "Culture and Personality", Harper, New York, 1954.
3.— KLUCKHOHN, C. "Navaho Witchcraft", Papers of the Peabody Museum of American Archeology and Ethnology, vol. 22, No. 2, 1944.
4.— MAJLUF, E. "Sobre el primer recuerdo", Salud y Bienest. Social 4:70-78, 1955.
5.— MEAD, M. "El alimento y la familia", Ed. Sudamericana. Buenos Aires, 1957.
6.— ROTONDO, H. y col. "Personalidad básica, dilemas y vida de familia de un grupo de mestizos" por publicarse en Rev. Perú. Psicol.
7.— SPINLEY, B. M. "The deprived and the privileged", Routledge & Kegan Paul, Ltd. London, 1953.
8.— WHITING, J. W. M. y CHILD, I. "Child training and Personality", Yale Univ. Press. New York, 1953.

# ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRIA *

Por Oscar Valdivia Ponce [1]

El simposium sobre la enseñanza de la neuro-psiquiatría organizado en este Congreso se levanta como una necesidad urgente de meditación y reflexión sobre lo que estamos haciendo en el campo de la educación psiquiátrica. Reflexionar en la realidad presente de nuestros actos nos induce a mirar atrás las huellas de nuestros pasos, para examinar el trayecto recorrido y reconsiderando nuestros errores prepararnos a abrir una brecha que sea más justa con nosotros mismos y con el estado actual de nuestros conocimientos. Insisto y soy creyente en que frente a éste problema debemos dirigir siempre la atención sobre nuestra realidad analizando cuidadosamente nuestra labor, su desenvolvimiento y los resultados que se desprenden. Se habla, que en el momento actual la humanidad atraviesa por una crisis que induce a cambio. La crisis es cultural y como tal se proyecta en todas sus manifestaciones. La crisis que alarma y que induce a cambio, y que puede ser cambio en sí, siempre ha existido como fenómeno propio de la naturaleza; pero lo que nos hace sentirla es la concienciación de una serie de fenómenos que ya existían pero que el conocerlos o reconocerlos se traduce en esa crisis que crea angustia.

La Universidad de hoy no puede ser peor que la de ayer, lo que sucede es que estamos haciendo conciencia de una serie de hechos que ayer pasaron desapercibidos y que al concienciarlos hoy nos induce a renovarlos.

Hay una angustia benéfica por aprender y conocer. Conocer es quizás la condenación eterna del hombre y enseñar es su corolario. Todos enseñamos en la vida dentro de nuestras propias limitaciones pero cuando se trata de enseñar grupos la responsabilidad se acrecenta y se impone a meditar en como hacerla. Cuando se tiene que enseñar a como llevar en las manos las vidas y el destino de otros hombres la responsabilidad se hace inmensa y se torna grave. Por ello se impone firmemente que reconsideramos seriamente la función de enseñar y nos planteamos los siguientes interrogantes: ¿Qué

---

* Trabajo presentado al Primer Congreso Nacional de Neuro-Psiquiatría. Lima, Noviembre, 1959.

[1] Del Servicio de Psiquiatria del Hospital Obrero de Lima.

enseñamos? ¿A quiénes debemos enseñar, ¿Para qué enseñamos? ¿Cómo enseñamos y cómo deberíamos enseñar?. Esta serie de interrogantes pueden llevarnos a una reflexión más amplia y justa de nuestra actual preocupación por la educación psiquiátrica.

Si nos preguntamos que enseñamos nos sería fácil responder: psiquiatría; pero estamos realmente enseñando psiquiatría a la luz de los conocimientos actuales, si así no fuera, ¿qué es entonces psiquiatría?, responder a la pregunta, realmente sería difícil y pecaríamos de ingenuos al recitar satisfechos: "la psiquiatría es una rama de la medicina que se ocupa del estudio de las enfermedades mentales"; como hace muchos años estrictamente se ha venido enseñando. Si insistiéramos que esta es la psiquiatría la empequeñeceríamos y la convertiríamos en una ciencia miope ajena al conocimiento actual, fuera de la realidad viviente que se agita en esa llamada enfermedad. La enfermedad no es más que un resultado manifiesto de una manera de reaccionar o una manera de defenderse. El insistir que la psiquiatría se concrete al estudio de las resultantes sin considerar la urdimbre de sus determinantes sería ignorar el estado actual del conocimiento. Parece que la psiquiatría creó su "status" impuesto por la anormalidad que nos impresiona. La psiquiatría ha nacido del enfermo y el enfermo en su aspecto interno de anormalidad le ha impuesto su tono. La psiquiatría, en un comienzo, fue impresionada por el fenómeno anormal y al estudiarlo deshumanizó al enfermo y al describirlo inventó una semántica que le permitió ordenarse y con ello se recluyó en el manicomio desde donde tenía que enseñar. Si hubo avance posterior influenciado por la medicina de la época fue el de causa efecto. Hoy éste enfoque resulta insuficiente y la psiquiatría no puede ser el simple estudio de la llamada enfermedad. La necesidad imprescindible de cambio, la inquietud y el descontento del hombre con lo establecido lo obligó a acabar hondo en lo intrincado de la naturaleza humana y descubrir una serie de factores sociales y antropológicos culturales que forman parte de la biología del ser. La Psiquiatría de hoy, la que debemos enseñar, ya no es el simple estudio de la enfermedad mental en esa lucha que implica su equilibrio adaptativo a su medio y las defensas que esgrime frente a tales circunstancias. Si aceptamos una psiquiatría con estos conceptos socio-antropológico-culturales básicos por la comprensión del enfermo podemos abordar el próximo interrogante de ¿a quienes debemos enseñar?, o lo que es lo mismo ¿quienes deberían ser psiquiátras?

Ya lo habíamos afirmado (1) que la formación médica tiene sus raíces en la orientación de la enseñanza y en la personalidad que el futuro médico trae al iniciar sus estudios de medicina. El individuo que va a ser médico requiere una cierta madurez psicológica. El postulante que va a ser psiquiatra plantea, también, el problema de la selección. Entre nosotros no se ha hecho, ni se hace un estudio de evaluación de las condiciones y aptitudes de las personas que quieren ser psiquiatras. El médico y generalmente el estudiante de Medicina que quiere ser psiquiatra, le basta con acercarse al jefe de

un servicio Psiquiátrico y manifestarle sus deseos; para que éste, muchas veces, sin previo conocimiento de la persona del postulante ordene que se le dé un mandil y asista a las visitas. Considerando que el psiquiatra se enfrenta con el aspecto más delicado de la arquitectura humana, el espíritu, resulta indispensable seleccionar cuidadosamente al que tendrá que ser psiquiatra. La psiquiatría es quizás, la rama de la medicina que menos gratificaciones provee y que casi siempre está impregnada de frustraciones. Para ser psiquiatra se requiere además de buena salud física y mental ciertas condiciones de personalidad y vocación que reflejan madurez emocional, esfuerzo, constancia, comprensión humana y sacrificio. Además de estos requisitos personales indispensables es necesario haber sido graduado de Médico y Cirujano y tener un buen curriculum de sus antecedentes en su biografía personal y de estudiante de medicina. Postulantes que se acerquen a estos "standars" son a quienes debemos enseñar.

Analizando el tercer interrogante planteado que dice: ¿para qué enseñamos?, podemos responder diciendo que enseñamos para formar especialistas que estén capacitados a enfrentar al enfermo mental y no a la enfermedad. Al enfrentar al enfermo tenemos que entenderlo en toda su biografía, en su circunstancia y en sus interrelaciones. La formación del especialista implica la preparación de un programa que nos haga reflexionar en que es lo que enseñamos y nos indique cuál es la metodología a seguir (2), (3) y (4).

Es imprescindible reflexionar en lo que hacemos, analizar nuestros métodos y examinar sus resultados. No somos infalibles y omnipotentes por más sabio que sea nuestro conocimiento. Una serie de centros de enseñanza están, constantemente, examinando los resultados de su educación psiquiátrica através de los éxitos y fracasos de los psiquiátras que preparan. Los estudios realizados por Clyde Ward (5) en diferentes centros de enseñanza psiquiátrica, los de las Meninger School of Psychiatry de Topeka Kansas, y los estudios de Mathewes y Watkins (6) son un ejemplo del análisis de la metodología y de sus resultados en la enseñanza.

La formación de psiquiátras bajo un programa didáctico (2, 3, 4 y 7) que llene los requisitos necesarios de un buen entrenamiento es una necesidad que resulta impostergable cuando meditamos en la gran responsabilidad que encierra el enfrentamiento terapéutico comprensivo de los enfermos mentales; y las peripecias y desorientación que sufren los jóvenes médicos que entre nosotros quieren ser psiquiátras. Esta responsabilidad de la formación de psiquiátras se impone cuando contemplamos el gran abandono que sufre nuestra población mental y el hecho de que las 4/5 partes de nuestra población total carece de atención psiquiátrica.

No tenemos un programa vasto y coordinado de entrenamiento psiquiátrico. Si bien hay grupos aislados que con esfuerzo y sacrificio, en su encomiable labor de enseñanza, tratan de formar especialistas en psiquiatría; éste esfuerzo es aislado y limitado. La mayoría de jóvenes médicos que quieren

ser psiquiátras tienen que emigrar al extranjero en busca de formación y conocimiento.

El joven médico que aspira a ser psiquiatra necesita orientación, guía, y supervisión para aprender: a relacionarse con sus enfermos, a conducir un interrogatorio, a mantener una entrevista, a confeccionar exámenes psiquiátricos, a tomar decisiones terapéuticas, a resolver los problemas de admisión y alta, sobre todo a trabajar dentro de la organización del equipo psiquiátrico, siendo consciente de los problemas que las relaciones interpersonales plantea entre los miembros de un equipo de trabajo y la repercusión de estos problemas en la salud de los enfermos mentales.

La experiencia de algunos años en la formación de psiquiátras en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima, nos ha hecho conscientes de una serie de problemas metodológicos y nos ha convencido que mientras no se haga consciente en el estudiante los problemas de tensión en las relaciones interpersonales que muchas veces plantea el trabajar en grupo, la actitud terapéutica hacia el enfermo será gravemente afectada y el entrenamiento, desde luego se entorpecerá.

De lo expuesto se desprende que resulta impostergable la organización de un programa didáctico que debe comprender una enseñanza rotativa y metodológicamente ordenada que debería llevarse a realidad en nuestros hospitales mentales, servicio psiquiátrico de hospitales generales y clínicas psiquiátricas que reunen los requisitos necesarios para ser centros aprobados para la enseñanza psiquiátrica de post-graduados. La enseñanza de post-graduados a través de un programa de 3 años de duración que de una enseñanza teórica y práctica científicamente organizada puede ser factible entre nosotros. Al respecto en una comunicación (8) ya hemos sugerido la organización de este programa y creemos que su ejecución cae en manos de la Facultad de Medicina y de las asociaciones y sociedades psiquiátricas del país.

Pensamos que este análisis, sobre la enseñanza de la psiquiatría resultaría incompleto si ignorásemos a los maestros que deben enseñar. EBAUGH y BARNES (9) opinan que los profesores de psiquiatría al igual que otros docentes de clínica médica están más orgullosos de su capacidad terapéutica o de investigación que de su habilidad como maestros; y esto se debe a lo que RUSSELL (10) hace notar de que hay una tendencia a dar una infravaloración a la capacidad de maestro y al hecho de que el nombramiento de profesor se hace teniendo en consideración las investigaciones y artículos publicados que sus cualidades reales de maestros. A través de estos comentarios y de nuestra experiencia se ve que se llega a la cátedra o profesorado por una vía indirecta y que los valores necesarios a considerar muchas veces se desprecian. Si se exige ciertas condiciones indispensables al postulante que quiere ser psiquiatra, los requerimientos para ser profesor tendrán que ser más estrictos. El ideal del profesor es llegar a ser maestro y para ser tal se requiere condiciones indispensables de vocación, sentir la necesidad impostergable de trasmitir los conocimientos con una profunda comunicación

afectiva. El maestro debe gozar del contacto interpersonal y saber descender al nivel entendible de sus alumnos. El profesor debe ser un perito en el manejo de las relaciones interpersonales a fin de no crear angustia de sus alumnos, el profesor, por sobre todo, debe ser humano en el sentido estricto de la palabra y debe poseer una madurez emocional que acredite la solución de sus problemas intrapsíquico sociales. Con todas estas cualidades y la riqueza de sus conocimientos y la preparación metodológica que exige formar psiquiátras no debe sentirse omnipotente e infalible, por que muy bien sabemos, históricamente, que muchos de los conceptos de algunos sabios no fueron más que meras fantasías.

## BIBLIOGRAFIA


1.— Valdivia Ponce Oscar : Formación integral del médico. Revista Médica del Hospital Obrero de Lima. Vol. 6, No. 3-4, pág. 403-407, 1957.

2.— The University of Cincinnati Graduate Training Program in Psychiatry 1958-1959.

3.— The Meninnger School Psychiatry Catalog The Menninger Foundation, Topeka Kansas.

4.— Jules Masserman, A. Hecker, J. Pessin y B., Boothe. Philosophy and Methodology in the training of 500 Psychiatric Residents. The Am. Jour of Psych. Vol. 106 No. 5, 362-369, 1949.

5.— Ward Clyde. Psychiatric training in University Centers. Am. Jour of Psych. Vol. III No. 2, 123-131, 1954.

6.— Mathews, R. y Watks C. J. Med. Ed. 32:37, 1957.

7.— 7th Anual Report Institute for Psychosomatic and Psychiatric Research and Training Michael Reese Hospital. Chicago, 1952.

8.— Valdivia Ponce Oscar. Hacia un plan de entrenamiento psiquiátrico de post-graduados. Rev. Psiq. Perú. Vol. I. No. 2. 163-168, 1957.

9.— Ebaugh F. y Barnes, R. Psychiatric Education. Am. Jour, Psych. Vol. III. No. 7, 546 548, 1955.

10.— Meyers, R. Med. 29, 17, 1954.

# VIDA INSTITUCIONAL

*SESION DE JUNTA DIRECTIVA No. 58.*— Se realizó en la Clínica San Isidro el 15 de Junio de 1960, a la 1.45 p.m. presidida por el Dr. Caravedo y con la asistencia de los Dres. Arnillas, Jerí, Felipa, Sánchez, Castro, Carvajal y Bambarén.

Orden del día.— La redacción de los artículos modificados para el nuevo reglamento.

a) El inciso 4 del artículo II, quedó modificado en la forma siguiente: "contribuir al fomento de la especialización en psiquiatría mediante la organización y ejecución de cursos para post-graduados".

b) Modificar el acápite a) del inciso B del artículo IV en el sentido que las jornadas psiquiátricas que la A.P.P. deba llevar a cabo en diferentes ciudades del territorio nacional se realizarán cada año en lugar de cada dos años.

c) Se modificó el inciso C del artículo IV cambiando el nombre del Comité de Relación con otras Instituciones por el Comité de Cooperación Inter-Institucional.

d) Se modificó el inciso E del artículo IV en el sentido de cambiar el nombre de la comisión de Publicaciones y Biblioteca por el de Comisión de Prensa y Biblioteca. El inciso quedó redactado en los siguientes términos: "La Comisión de Prensa y Biblioteca hará conocer los acuerdos, decisivos y programas de la Institución. Se encargará asimismo de la organización y funcionamiento de la Biblioteca.

e) Se incluyó un nuevo inciso en el artículo II, que ocuparía el 2º lugar:

"Son considerados miembros fundadores aquéllos que firmaron el acta de fundación de la Institución".

Pedidos.— a) El Dr. Caravedo propuso a los presidentes de las diferentes comisiones, de la manera siguiente:

Acción Científica: Dr. F. Samanez.
Prensa y Biblioteca: Dr. M. Arnillas.
Acción Gremial: Dr. F. Sal y Rosas.
Cooperación Inter-Institucional: Sr. O. Valdivia.
Organización: Dr. A. Cano.

b) El Dr. Caravedo propuso al Dr. R. Jerí como Director de la Revista.

c) El Dr. R. Jerí pidió que el Secretario General trajera una agenda para cada sesión.

d) El Dr. Arnillas pidió que se modificara el inciso 8 del artículo II en el sentido de ampliar el contenido de tal inciso para que abarcara actividades representativas de la cultura nacional, de interés psiquiátrico, además de las estrictamente médico-psiquiátricas.

e) El Dr. Bambarén pidió la inclusión de un nuevo artículo, titulado "De la Revista", que ocuparía el Nº 5.

f) El Dr. Arnillas pidió que la A.P.P. otorgara diploma a sus miembros.

g) El Dr. Jerí pidió que se envíe una copia del acta de cada sesión al Director de la Revista, considerando que esto es indispensable para informar en ella acerca de la vida Institucional. El Dr. Arnillas amplió este pedido en el sentido que se enviara una copia mimeografiada del acta de cada sesión a todos los miembros de la Institución. El Dr. Caravedo ofreció facilidades para tal propósito.

h) El Dr. Bambarén pidió mimeografiar y distribuir copias de los estatutos a cada uno de los socios de la Institución, con una indicación de los lugares en los que se han hecho modificaciones.

El Dr. Arnillas amplió este pedido en el sentido de que se publicara como separata de la revista, incluyendo la nómina de miembros de la Institución y de la Junta Directiva.

i) El Dr. Jerí pidió que se comunique a los miembros correspondientes que han cumplido 5 años como tales para que presenten su trabajo de incorporación como miembros activos.

j) El Dr. Caravedo pidió que se haga un prorrateo entre los miembros de la Institución para reunir el dinero con el que la A.P.P. debe contribuir al viaje del Dr. Rees al Perú.

Acuerdos.— a) Se acordó ratificar al Dr. Bambarén como administrador de la Revista.

b) El que cada director de comisión traiga a la próxima sesión de Junta Directiva un reglamento de su comisión.

c) Realizar la sesión de instalación de la nueva Junta Directiva el día miércoles 27 de Junio de 1960, a las 7 p.m. en el local de la Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión", e invitar al Sr. Ministro de Salud Pública, al Sr. Presidente de la Federación Médica Peruana y algunas otras personalidades a la sesión y comida de camaradería que se realizará después de ella. Se nombró una comisión formada por los Dres. Arnillas, Caravedo y Sánchez, para hacer los arreglos necesarios.

d) Se aprobaron los puntos consignados en las secciones orden del día y pedidos. Del punto (d) de la sección pedidos quedó encargado el Dr. Arnillas; del punto (e) el Dr. Jerí.

*Asamblea General.*— El día 23 de Junio de 1960 en el local de la A.M.P. "D. A. Carrión, se llevó a cabo la sesión conmemorativa de la fundación de la Institución y de instalación de la nueva Junta Directiva. Se abrió la sesión presidida por el Dr. Alarco y con la asistencia de los Dres. Carbajal, Valdivia, Caravedo, Sánchez, Castro, de Castro, Jerí, Seguín, Mariátegui, Rotondo, Bambarén, Majluf, Cano, Felipa, García, Pacheco, C. Saavedra, Escobar y Valdizán.

En primer lugar, el Dr. Valdivia, en su calidad de Secretario General de la directiva cesante, leyó su memoria de las actividades de la A.P.P. en el bienio recientemente terminado. Hizo énfasis en la necesidad de que la Institución encauzara en forma decidida la investigación y la enseñanza de post-graduados en su seno.

En segundo término hizo uso de la palabra, en forma breve, el Dr. Alarco y entregó la presidencia al Dr. Caravedo.

Luego el Dr. Caravedo hizo un esbozo de las intenciones de la nueva Junta Directiva. Se refirió a la necesidad de mejorar la asistencia psiquiátrica en el país y a la formación de un mayor número de especialistas en Psiquiatría y ciencias afines.

En seguida se distribuyeron los diplomas que la A.P.P. ha otorgado a sus miembros. Se dio un voto de aplauso al Dr. Arnillas por su eficaz gestión para lograr este propósito.

Siendo las 9 p.m. se levantó la sesión.

A continuación los miembros presentes en la asamblea se trasladaron al local del Club de la Unión donde se realizó la comida de camaradería.

*SESION DE JUNTA DIRECTIVA No. 59.*— Se realizó el 28 de Junio de 1960, a las 8 p.m. en la Clínica San Isidro bajo la presidencia del Dr. Caravedo y con la asistencia de los Dres. Cano, Sánchez, Samanez, Felipa y Castro.

Antes de comenzar la sesión el Dr. Caravedo propuso leer y discutir una comunicación del Dr. Alarco al presidente de la A.P.P. En esta carta el Dr. Alarco manifestaba que un miembro de la Asociación había originado un rumor falso relativo a su actitud frente a la supuesta reorganización de la Facultad de Medicina. La opinión unánime de los presentes fue la de pedir al Dr. Alarco el nombre de tal miembro y las pruebas de su culpabilidad para sancionarlo debidamente. Se discutió también la actitud pública que la A.P.P. debería tomar en defensa de sí misma ante la acusación de uno de sus miembros. Finalmente se acordó que el Dr. Cano se entrevistara personalmente con el Dr. Alarco y discutiera la situación con él antes de adoptar una actitud definitiva.

Seguidamente el Dr. Castro pidió que al inicio de cada sesión se leyera y aprobara el acta de la sesión anterior. Esta fue aprobado y se prosiguió a leer y aprobar el acta de la sesión anterior correspondiente.

Luego el Dr. Caravedo se refirió a la necesidad de pagar la anualidad de la A.P.P. a la Federación Mundial para la Salud Mental. También propuso la celebración de una sesión conjunta de la Asociación con la Liga de Higiene Mental para escuchar una conferencia del Dr. Rees durante su estadía en Lima. A esta sesión también sería invitada la Sociedad de Neuro-Psiquiatría.

El Dr. Castro pidió llamar a una Asamblea General para aprobar las modificaciones del estatuto acordadas en la sesión anterior.

El Dr. Sánchez manifestó que el archivo de la Asociación está notoriamente incompleto y que era absolutamente necesario reorganizar esta sección. A este respecto el Dr. Caravedo manifestó que la clínica San Isidro ponía a disposición de la Asociación una oficina para el archivo. El Dr. Castro propuso que la A.P.P. debería tener un domicilio oficial permanente y una secretaría también permanente.

Se discutió la financiación de este punto y se acordó pedir ayuda a los laboratorios farmacéuticos. A la próxima sesión se traería una lista de los posibles financiadores y los miembros de la directiva se encargarían de entrevistar a cierto número de gerentes.

Se acordó citar a los Directores de Comisión a la próxima sesión de Junta Directiva para que presenten el plan de acción de sus comisiones.

A pedido del Dr. Sánchez se le autorizó para adquirir papel.

Se acordó que las sesiones de Junta Directiva se realizarán los primeros jueves de cada mes y las sesiones ordinarias con presentación de trabajos los terceros jueves de cada mes.

*Sesión de Junta Directiva No. 60.*— Se llevó a cabo en la Clínica San Isidro el día 7 de Julio a las 8 p.m., bajo la presidencia del Dr. Caravedo y con la asistencia de los Dres. Cano, Felipa, Samanez y Castro.

Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

En seguida el Dr. Cano informó acerca de su conversación con el Dr. Alarco, referentes a la carta que éste enviara al presidente de la A.P.P. En conclusión, el Dr. Alarco determinó no hacer una acusación a miembro alguno de la asociación, pues ignora el origen del rumor. Pidió se comunicara al Dr. Delgado acerca de su protesta. La junta decidió enseñar la carta del Dr. Alarco al Dr. Delgado y escribir al primero lamentando lo ocurrido.

La Dra. Felipa informó que la mayoría de los fondos de la asociación se encuentran bajo la forma de cheques, de más de un año de girados. El Dr. Cano propuso que la Dra. Felipa trajera a la próxima sesión un balance y auditoría de los fondos de la asociación para aclarar el estado de cuentas. Se acordó también llamar al Dr. Bambarén para que presentara las cuentas de la revista. Se discutió y acordó que los fondos de la Asociación y los de la revista se tuvieran en una sola cuenta bancaria pero con diferentes libros de caja. Se acordó también recibir la caja solamente con los fondos en efectivo.

Luego el Dr. Caravedo propuso que la A.P.P. tuviese un sello con un emblema propio.

A continuación se leyeron los informes de los presidentes de comisión.

El Dr. Samanez, presidente de la Comisión Científica propuso:

1) Realizar sesiones científicas mensuales y comunicar a instituciones para-médicas acerca de ellas.

2) La realización de dos conferencias durante el presente año, uno sobre psiquiatría infantil y otro sobre el equipo de trabajo en la asistencia psiquiátrica.

3) La participación de la A.P.P. en el próximo Congreso Mundial de Psiquiatría.

Después de discutidos, se aprobaron los tres puntos.

El Dr. Cano, presidente de la Comisión de Organización propuso:

1) Confeccionar un registro de los miembros de la Asociación, con los reajustes necesarios según las normas establecidas por la A.P.P.

2) Confeccionar una ficha con el curriculum vital de cada miembro.

3) Hacer una evaluación de los diferentes centros nacionales de tratamiento psiquiátrico, para conocer objetivamente la situación respecto a la atención psiquiátrica en el país.

Después de discusión se aprobó el plan y se acordó distribuir el registro entre los miembros de la asociación y publicarlo anualmente en la revista.

El Dr. Caravedo propuso invitar al Dr. Lorente en su calidad de testigo de excepción, a dictar una conferencia sobre 50 años de psiquiatría en el Perú.

*Sesión Ordinaria No. 34.*— Se llevó a cabo en el local de la A.M.P. "Daniel Carrión". Se abrió la sesión a las 7.45 p.m. bajo la presidencia del Dr. Caravedo y con la asistencia de los Dres. Rotondo, Castro, Majluf, Seguín, Felipa, Samanez, Cano, de Castro, Bambarén, Jerí, Gutiérrez, Sánchez, Saavedra, de Majluf. Fecha 21 de Julio de 1960.

El Dr. Samanez leyó su programa como director de la comisión de Acción Científica, que, en esencia está consignado en el acta de la sesión de Junta Directiva No. 60. Agregó que pensaba organizar presentaciones clínicas mensuales en los diferentes hospitales psiquiátricos de Lima. Durante la discusión que siguió, el Dr. Majluf propuso que, dada la extensión del campo, no se realizará un symposium sobre psiquiatría infantil sino sobre un tema de ella. El Dr. Seguín propuso que la A.P.P. presentara un trabajo de equipo al Congreso mundial de la F.S.M.N. El informe fue aprobado.

El Dr. Caravedo dio lectura al programa del Dr. Cano, presidente de la Comisión de Organización. Fue aprobado.

A continuación el Dr. Caravedo leyó el informe del Secretario General, Dr. Sánchez, relativo a sus reuniones con el Secretario General de la Sociedad de Neuro-Psiquiatría para la confección del programa del Symposium sobre estados depresivos a realizarse en Setiembre del presente año.

El Dr. Caravedo informó que estará ausente durante el mes de Agosto y que el Dr. Cano lo reemplazará en la presidencia.

El Dr. Samanez pidió un límite de tiempo para la presentación de trabajos: 30 minutos para la lectura y 15 minutos para la discusión. Fue aprobado la moción.

El Dr. Caravedo informó que en setiembre se llevará a cabo la semana de la salud mental, con charlas radiales, presentaciones por televisión, conferencias a los maestros, etc. Además, un symposium sobre los cinco puntos del programa de la F.M.S.M. Ambas actuaciones como parte de las celebraciones del año internacional de la Salud Mental.

En la sección presentación de trabajos el Dr. Caravedo leyó un trabajo de los Dres. Caravedo, Valdivia y Felipa, titulado "Un estudio en una muestra de población industrial con el Inventorio de la personalidad de Bernrenter". Fue discutido por los Dres. Seguín, Majluf y Cano.

Por falta de tiempo no se leyó el trabajo programado por el Dr. Sánchez.

# COMENTARIO DE LIBROS

**EL LENGUAJE GRAFICO DEL NIÑO DEFICIENTE** por **Isabel Díaz Arnal**, un volumen en octavo (22 × 16), rústica, pp. 269, profusamente ilustrado, ed. Consejo Superior de Investigaciones Científicas Instituto "San José de Calasanz" de Pedagogía, Madrid, 1959.

En cada una de las tres secciones en que la autora divide su libro se encuentra un sello de originalidad fructífera. En la primera parte, reseña los signos de imperfección gráfica que han sido señalados por otros autores, preferentemente por G. Rouma. Pero como hace notar con toda justeza, nada sistemático ha podido encontrar acerca de una clasificación en etapas del desarrollo gráfico de los deficientes. Esto es lo que precisamente busca la Dra. Díaz Arnal mediante la "observación continuada y sistemática de su valioso material clínico, que la lleva a buscar la posibilidad de encontrar, en los niños deficientes, fases o estadíos gráficos coincidentes o no con los aceptados en el desarrollo gráfico de los niños normales. El estudio lo realiza en dos mil sujetos repartidos proporcionalmente entre normales y deficientes. En tanto que los primeros son españoles en su totalidad, los segundos son españoles, portugueses, italianos y franceses.

Después de señalar las causas de las diferencias en la aparición de los estadíos gráficos entre el niño normal (se observan manifestaciones gráficas a los dos años) y el deficiente (no tiene manifestaciones gráficas por debajo de los cuatro años), la autora precisa los de este último basándose en la edad mental, destacando el hecho que para dar indicaciones pedagógicas especiales es necesario que dentro de un nivel mínimo de eficiencia no debe de haber más de 3 ó 4 años de diferencia entre la edad mental y la cronológica. Es necesario destacar que la Dra. Díaz Arnal presta gran atención a la afectividad del deficiente que, a diferencia del niño normal, hace sus representaciones con acentuación del aspecto "subjetivo, cálido, vivencial, más expresivo, aunque también más imperfecto en su trazado". A continuación, la Dra. Díaz Arnal expresa terminantemente que ella no pretende establecer una tipología. Para ello, después de exponer con brillo razones históricas, psicológicas evolutivas, inadecuación del año cronológico y filosóficas, afirma que, aunque es posible discriminar entre los rasgos de los dibujos de los normales y de los deficientes, una tipología con determinación precisa de edades sucesivas, ajustadas a dibujo patrón o modelo, es arbitraria e inadecuada y carente de validez científica. Lo que la autora busca es "hallar un conjunto de rasgos característicos del deficiente al dibujar la actividad en sus variadísimas manifestaciones, sacando un denominador común de sus dibujos".

En la segunda parte, la Dra. Díaz Arnal nos presenta su rico material formado por oligofrénicos propiamente dichos, síndromes psicopáticos junto a deficiencia mental (alteraciones o transtornos constitucionales de la afectividad y voluntad) y, por último, los oligofrénicos afectados de epilepsia genuina. La autora no sólo señala diferencias sustanciales de los dibujos de cada grupo sino que las compara con los de los niños normales. Una apreciable extensión de esta segunda parte está destinada al análisis de los dibujos que se han hecho en base al tema y en base a las características del mismo. Manipulando estos aspectos básicos y tomando como factor discriminativo la edad, la Dra. Díaz Arnal efectúa un

análisis minuciosamente sistemático de los dibujos que la lleva a las interpretaciones gráficas del movimiento que ella denomina "lenguaje gráfico del movimiento" y que la encaminan a encontrar un hecho de trascendental importancia cuando comprueba que "el lenguaje gráfico del movimiento, del que se valen siempre, lo mismo los deficientes españoles que extranjeros, ...goza de carácter de universalidad por verificarse el mismo fenómeno en sujetos deficientes de diversos países". Indudablemente esta es una de las contribuciones más valiosas de la obra.

En la tercera parte, la Dra. Díaz Arnal hace un interesante examen de los resultados determinando las frecuencias y porcentajes correspondientes a cada uno de los temas para cada edad, distinguiendo por separado los sexos de los normales y de los deficientes. Remata esta tercera parte con una conclusión en la que la autora pone una nota más de su valía al destacar, entre otros aportes de orden teórico, que "aunque he alcanzado un cierto jalón, no lo considero como meta sino como punto de partida de las profundidades mucho mayores a que se puede llegar en el estudio del sujeto por medio del dibujo, por los innumerables datos que éste nos puede proporcionar".

Consideramos que la obra, enriquecida por apreciable material iconográfico y por una amplia, aunque no completa, bibliografía seleccionada según determinados aspectos del dibujo, es de gran valor porque viene a enriquecer, con la originalidad que tipifica a la autora, la escasez de trabajos, sobre todo en español, que existen sobre las etapas del desarrollo gráfico en los niños deficientes. De acuerdo con la Dra. Díaz Arnal creemos que el dibujo es un valioso medio que debe conocer seriamente el psiquiatra, el psicólogo y el pedagogo para penetrar en la psicología del niño sin que éste se sienta forzado.

Es de esperar que en nuestro medio se efectúen trabajos similares y no cabe duda que dada la importancia del aporte de la Dra. Arnal han de seguir otras ediciones en las que seguramente se omitirán algunos errores idiomáticos y otros de imprenta.

**José Sánchez García**

# INDICE GENERAL

Volumen 3 Números 1-4 1960

ARTICULOS ORIGINALES:

# INDICE DE TEMAS

Volumen 3 Números 1-4 1960



# INDICE DE AUTORES

Volumen 3 Números 1-4 1960

# SUMARIO

VOLUMEN 3 — DICIEMBRE, 1960 — NÚMEROS 3-4

ARTICULOS ORIGINALES



Lumen - 2038